6
Regels Zvw-pgb

Aan de orde is de behandeling van:
- **Wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb**.

De **voorzitter**:
Ik heet de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom. Ik heet ook de mensen op de publieke tribune van harte welkom. Zij hebben iets langer op dit debat moeten wachten omdat een ander debat, op het gebied van onderwijs, is uitgelopen. Excuses daarvoor.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter. Ik weet dat ik een spreektijd heb opgegeven van twintig minuten. Ik hoop dat ik het red.

Vandaag hebben wij het over de wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels over het pgb. Hiermee verankeren wij het recht van verzekerden met een pgb wijkverpleegkundige zorg of intensieve kindzorg om deze zorg zelf in te kopen. Laat ik benadrukken dat dit een positieve ontwikkeling is. Het is alleen de vraag vandaag of dit wetsvoorstel eigenlijk wel zorgt voor een echte goede verankering.

Dat de pgb in de Zorgverzekeringswet komt, is wellicht een beetje vreemd gezien de aard van de Zorgverzekeringswet. In de Zorgverzekeringswet wordt er namelijk van uitgegaan dat zorgverzekeraars kunnen inkopen en daarmee de markt kunnen ordenen. Dat de SP geen fan is van de zorgverzekeraars en hun positie, is natuurlijk geen geheim, maar ik zie ook dat, als je de systematiek van de Zorgverzekeringswet volgt, de introductie van een persoonsgebonden budget waarmee de verzekerde zelf inkoopt en ordent, eigenlijk iets heel geks is. Daarom zou het helemaal nog niet zo gek zijn om die wijkverpleegkundige zorg niet in de Zorgverzekeringswet op te nemen. Het zou veel logischer zijn om deze zorg via de gemeente te laten verlopen of op te nemen in de Wet langdurige zorg. Wij hebben dat eerder voorgesteld.

Vandaag spreken wij over een belangrijke plek van het persoonsgebonden budget in een vreemde wet. Dat komt allemaal omdat deze staatssecretaris het nodig vond om de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten af te bouwen. Hij legt de houders van een budget voor wijkverpleegkundige zorg in handen van de zorgverzekeraars en daarmee brengt hij hen ook onder de macht van de zorgverzekeraars. Moeten de zorgverzekeraars nou straks beslissen wanneer mensen naar het toilet mogen? Laten wij de zorgverzekeraars beslissen of zij voldoende budget krijgen om de zorgverlener te betalen? Mogen zorgverzekeraars zomaar een greep doen in het persoonsgebonden budget als hen dat uitkomt, bijvoorbeeld omdat zij het eigen risico willen cashen? Dat zijn allemaal zaken die wij vandaag moeten bespreken.

Het pgb is noodzakelijk geworden door de beslissing om de wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet te brengen. Daar vroeg deze Kamer ook unaniem om. In tijden van een gigantische bezuiniging klopten de VVD en de Partij van de Arbeid, maar ook D66, ChristenUnie en de SGP, zich op de borst: in ieder geval waren het pgb en het recht op zorg geregeld! Of dat inderdaad klopt, zal vandaag blijken. In de wet opschrijven dat er een pgb is, maar de zorgverzekeraars allerhande middelen geven om het pgb uit te hollen of niet te verstrekken, is geen verankering.

De SP wil dat er verbeteringen komen op minimaal drie punten. Inmiddels hebben wij nog twee andere verbeteringen in voorbereiding, maar daar kom ik nog op. De drie punten zijn in ieder geval: geen verschil in toegangseisen tussen verzekeraars voor mensen die een pgb krijgen, een basistarief voor het pgb zodat geen onderfinanciering kan plaatsvinden en een neerwaartse spiraal dreigt in kwaliteit en kwantiteit van zorg en voorkomen dat het budget wordt verrekend met het eigen risico van de verzekerde zelf of van zijn of haar familieleden.

Het is een jaar geleden dat de Eerste Kamer de zorgwet waarmee de vrije artsenkeuze werd afgeschaft, verwierp. Daarmee werd ook een streep gezet door het verankeren van het pgb. Het pgb was namelijk een onderdeel van die wet. Bij het verwerpen gaf de meerderheid van de senaat aan dat zij graag wilde dat het pgb in de Zorgverzekeringswet zo snel mogelijk werd geregeld. Toch moesten we ruim vijf maanden wachten voordat deze staatssecretaris een nieuwe wet had geschreven. Vervolgens vond een meerderheid in deze Kamer het geen probleem om het wetsvoorstel nu pas te behandelen. Het stond twee weken geleden al op de agenda, maar toen vond de VVD het ingewikkeld dat er heel veel voorstellen waren gekomen om de wet te verbeteren. Er was een duidelijke meerderheid ontstaan om bijvoorbeeld unanieme toegangscriteria te introduceren, die dus voor alle zorgverzekeraars gelijk zijn. Dat vond de VVD een beetje lastig. Ik ga de VVD straks vragen wat zij daar inmiddels van vindt.

De voorliggende wet bepaalt de mogelijkheid dat zorgverzekeraars voorwaarden stellen aan de toegang tot het persoonsgebonden budget binnen de Zorgverzekeringswet. We hebben nu een jaar ervaring met de wijze waarop zorgverzekeraars daarmee omgaan. Dat leidt tot grote willekeur. Als je het pgb verankert, moet je dan de zorgverzekeraars die willekeur laten toepassen?

Zorgverzekeraars stellen allerhande voorwaarden, vooral zorginhoudelijke voorwaarden. Is zorg bijvoorbeeld planbaar? Is naar het toilet gaan planbaar? Het lijkt een heel praktische vraag. Zorgverzekeraars vinden van wel. Als je dat kunt plannen, is daarvoor geen pgb beschikbaar. Kan de staatsecretaris aan de bestuurders van de zorgverzekeraars vragen of zij een week lang hun toiletgang willen plannen? Maar dan mogen ze buiten die planning om niet naar de wc, ook niet als ze toevallig wel moeten maar net zijn geweest. Het lijkt misschien een ridicule vraag aan de zorgverzekeraars, maar zij doen dit ook bij budgethouders; dat is hoe zij ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer van mensen. Ik zou het eigenlijk helemaal niet willen vragen, omdat ik het geen rechtgeaard criterium vind. Ik vind het wel logisch om te bekijken of iemand in staat is om het pgb te beheren, of iemand daarvoor de verstandelijke vermogens heeft en of dat wellicht in het verleden verkeerd is gegaan. Dat soort criteria zouden voor alle zorgverzekeraars

hetzelfde moeten zijn. Ik heb een voorstel daarvoor ingediend met het amendement op stuk nr. 28. De staatssecretaris zegt dat hij dat niet ziet zitten. Eigenlijk vind ik dat gek. We weten immers dat zorgverzekeraars kijken naar een positief resultaat. Ik noem dat ook weleens "winst maken". Als er één ding duidelijk is, is het dat verzekerden die via de reguliere weg of via een persoonsgebonden budget recht hebben op wijkverpleging, voor zorgverzekeraars meer kosten dan opleveren. Het is dan natuurlijk heel interessant om een instrument in handen te hebben om de verzekerden die dit nodig hebben, buiten de deur te houden. Dat heet "risicoselectie". Als zorgverzekeraar zorg je er dan voor dat je die mensen niet binnenkrijgt, bijvoorbeeld door niet aantrekkelijk genoeg te zijn. Zo krijg je die dure klanten dus niet binnen. En wat ook nog mooi is: ze gaan dan naar de concurrent, die deze dure klanten daardoor wel heeft. Maar als we de criteria gelijkmaken, is dat concurrentievervalsende element er ook niet meer. Daarom vraag ik de staatssecretaris om dit voorstel over te nemen.

Natuurlijk vind ik mijn amendement het beste, maar er zijn meer amendementen waarin wordt voorgesteld om zoiets in de wet te zetten. In de Kamer hebben we allemaal, althans in meerderheid, op deze manier zitten denken. Ik ga er dus van uit dat die eensluidende toegangscriteria er gewoon komen. Of ze komen door ons voorstel of door een ander voorstel maakt mij niet uit, maar ik ga daar dus wel van uit, ook omdat ze het probleem oplossen van negatieve concurrentie tussen zorgverzekeraars, die tot risicoselectie leidt.

We hebben het in alle discussies over het persoonsgebonden budget gehad over het voeren van een bewustekeuzegesprek. Ik vind de introductie daarvan een goed idee. In zo'n gesprek wordt met de aanvrager van een persoonsgebonden budget gesproken over de regels en over hoe je daar op een goede manier aan voldoet. De zorgverzekeraar of de verstrekker van een pgb kan daarmee ook bekijken of de situatie daar goed voor is. Niet alle zorgverzekeraars doen aan dat bewustekeuzegesprek. Zorgverzekeraar DSW doet dat wel. Ik zie dat hij nadrukkelijk positiever dan alle andere zorgverzekeraars is over het instrument en over de mogelijkheid van het verstrekken van het pgb. Ik vraag de staatssecretaris daarom of hij ervoor wil zorgen dat dit bewustekeuzegesprek door alle zorgverzekeraars wordt gevoerd. Ik denk dat dat de discussie enorm de goede kant op kan trekken; ook voor onze grote kantoren, niet alleen voor de kleintjes. Dit kan ik per motie afdwingen, maar ik kan het ook in een amendement gieten en in de wet laten opnemen. Dit heb ik op dit moment in voorbereiding. Het is dus nog niet genummerd.

Als we het pgb echt willen verankeren in de zorg, moeten we er niet alleen voor zorgen dat de toegangscriteria helder en eensluidend zijn, maar moeten we er ook voor zorgen dat er goede tarieven worden gehanteerd waarmee goede en voldoende zorg kan worden ingekocht. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft een aantal maximumtarieven vastgesteld, maar ik vraag de staatssecretaris of hij ook wil nadenken over een basistarief. We zien nu namelijk situaties ontstaan waarbij er te weinig budget wordt verstrekt om goede zorg in te kopen. De tarieven schieten nu tekort. Ze worden soms ook afgewezen. Daar heb ik het al over gehad. In plaats van een monitor of evaluatie hiervan af te wachten, zou ik gewoon willen afspreken dat we een basistarief introduceren. Daarom heb ik ook het amendement op stuk nr. 29 ingediend, met een voorstel tot het instellen van goede basistarieven. Ik krijg graag van de staatssecretaris een positieve reactie hierop. In de brief van gisteren wijst hij het voorstel af, maar ik vind het heel erg logisch. We hebben het over basistarieven in de Wmo, laten we het dan ook over basistarieven hebben voor het pgb in de wijkverpleging.

Het lijkt voor zorgverzekeraars een probleem te zijn dat het via het pgb mogelijk is dat een familielid een ander verpleegt. Ik snap dat eigenlijk niet zo goed. Er zijn toch gewoon situaties waarin het echt niet mogelijk is om het met professionele krachten, 24 uur per dag, zeven dagen per week op te lossen? Als je ervoor kunt zorgen dat verwanten een kwalitatief goede opleiding krijgen, dan hoef je daar toch niet zo op te knijpen? Vaak hebben ze die benodigde opleidingen al.

Vanuit dat perspectief vraag ik ook een reactie van de staatssecretaris op de beoordeling van de kwaliteit en de mogelijkheid tot inkopen van dit soort informele zorg door Zorgverzekeraars Nederland, maar ook door DSW Zorgverzekeraar. DSW Zorgverzekeraar gaat in tegen het standpunt van de grote jongens, om het maar even zo te zeggen. DSW Zorgverzekeraar zegt dat het in de praktijk goed te regelen is, dat het de kwaliteit absoluut niet schaadt maar die juist vaak ten goede komt, en dat het ook nog goedkoper kan op die manier. Waarom zouden we dat dan de voet dwars zetten?

Er is al vaak over gesproken dat het pgb flexibel ingezet moet kunnen worden, dat je niet vooraf alles dichtgetimmerd moet hebben in budgetplannen en zorgplannen zodat er ook gewoon geleefd kan worden. Het is wel een beetje wrang dat het pgb bedoeld is om flexibel je zorg te regelen, maar nu helemaal wordt dichtgetimmerd door de regels die worden opgelegd. Om wijkverpleging te kunnen krijgen, is het nodig dat de wijkverpleegkundige langskomt. Die stelt vast wat er nodig is. Dat mag geen urenregistratie zijn van deze staatssecretaris, maar dat is het wel. Die indicatie wordt namelijk opgebouwd uit minuten. Vervolgens wordt die indicatie omgezet in een pgb. Daar heb je dus alweer de minuten. Als je dat moet gaan verantwoorden, wordt het heel erg ingewikkeld om een flexibele inzet te regelen. Je moet namelijk naar aanleiding van de indicatie een budgetplan gaan schrijven. Dan moet je dus al bijna beschrijven wat je wilt en wanneer en waar je dat wilt. Ik zou de staatssecretaris willen vragen om de flexibiliteit die juist met het persoonsgebonden budget in onze zorg is geïntroduceerd niet de pas af te snijden, maar die te introduceren in andere vormen van zorg die niet met het pgb verbonden zijn.

In de afgelopen jaren zijn de eerste herindicaties uitgevoerd. Hoe is dat verlopen? Is het aantal herindicaties gestegen, gedaald of hetzelfde gebleven? We weten het niet. We horen veel. We horen ook de klachten, maar betreffen die daadwerkelijk de meerderheid? Ik kan me zo voorstellen dat iemand die meer zorg krijgt, mij of de heer Van Dijk, mevrouw Voortman of de staatssecretaris niet gaat mailen. Iemand die minder zorg krijgt, zal daar wel toe geneigd zijn. Ik had daar graag een beetje inzicht in willen hebben. Is het echt niet mogelijk voor zorgverzekeraars om te zeggen hoe het zit met de verzekerden met overgangsrecht die ze op een bepaald moment hebben en die een herindicatie krijgen? Kunnen ze niet zeggen of dat aantal meer is geworden, minder is geworden of gelijk is gebleven? Ik vind dat we een beetje met een kluitje het riet in worden gestuurd, want die gegevens zijn er nog niet. Kan de staatssecretaris ervoor

zorgen dat we deze week nog een inschatting krijgen van het aantal herindicaties? Zijn dat er meer of minder? Als we geen aantallen kunnen krijgen, kunnen we het misschien wel op volume weten. Ik zou dat in ieder geval wel willen weten.

Bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel heeft het mij verbaasd dat iedereen met een indicatie of een herindicatie — die heb je nodig voor een pgb — geen mogelijkheid heeft om bezwaar in te dienen als ze het niet eens zijn met een beslissing. Ik heb de staatssecretaris gevraagd dit te regelen. We hebben een schriftelijke voorbereiding gehad op dit wetsvoorstel. De staatssecretaris schrijft dat je, als je het er niet mee eens bent, contact kunt opnemen met de zorgverzekeraar. Je kunt de zorgverzekeraar erop aanspreken en hem vragen om een heroverweging: wilt u mij alstublieft zorg geven? Dat is een beetje bedelen. Als zorgverzekeraars dat vervolgens niet doen, kun je echter nergens naartoe. Ik vind dat dit qua rechtsbescherming niet lekker zit. Ik ben aan het bekijken of ik een amendement kan indienen om de beroepsprocedure inzake een pgb wijkverpleging gelijk te laten zijn aan die in de Wet langdurige zorg. Ik hoor graag alvast een reactie van de staatssecretaris daarop.

Als de staatssecretaris het pgb wil verankeren in de Zorgverzekeringswet, maar tegelijkertijd bewust keuzegesprekken nog niet verplicht stelt, geen basistarieven regelt, geen klachtmogelijkheden regelt en geen vaste toelatingscriteria vaststelt, dan kun je je afvragen of het opschrijven in de wet ook wel daadwerkelijk een verankering is. Dit zijn punten die eigenlijk noodzakelijk zouden moeten zijn voor verankering. Er zijn echter ook nog enkele zaken rond het persoonsgebonden budget die dat pgb ondermijnen. Ook daar doet de staatssecretaris niets aan.

Voordat ik daaraan toekom, wil ik het eerst nog even hebben over het aftrekken van het eigen risico van het budget dat aan iemand is toegekend voor wijkverpleging. Ik vind het idioot dat de staatssecretaris letterlijk aangeeft dat hij niet bereid is om zorgverzekeraars te verbieden om het eigen risico te verrekenen met het persoonsgebonden budget. Ik kan niet uitleggen hoe je het persoonsgebonden budget verankert en tegelijkertijd zegt: daar mag de zorgverzekeraar wel allerlei geld van aftrekken.

Er zijn voorbeelden van gevallen waarin het eigen risico van een gezinslid wordt afgetrokken van het budget van het pgb van een ander gezinslid voor wijkverpleging, omdat zij nu eenmaal een gezamenlijke polis hebben. Dat kan niet wanneer je wijkverpleging hebt via reguliere financiering. Ik vind dat de keuze voor een pgb er niet toe zou moeten leiden dat mensen minder zorg hebben, omdat er bij andere posten een vordering ligt op dezelfde verzekeraar. Er ontstaat ongelijkheid tussen pgb-gefinancierde zorg en zorg in natura, maar tegelijkertijd is het ook ontzettend gek, omdat wij hebben gezegd dat er voor de wijkverpleging eigenlijk geen eigen risico geldt. Dus waarom zou je het eigen risico dat je voor zorg elders moet betalen, dan wel aftrekken van het pgb wijkverpleging?

De staatssecretaris zegt in zijn antwoord: dit kan ook in een restitutiepolis, dus ik wil geen uitzondering maken voor het pgb wijkverpleging. Maar de restitutiepolis ziet toe op een bepaalde manier van financieren, namelijk op het achteraf vergoeden van zorg waarvoor het eigen risico geldt. Dat geldt niet voor pgb. Daarom is het heel goed om die uitzondering wel te maken. Ik vraag ook de Kamerleden om hier goed over na te denken, want ik zal hun allemaal vragen hoe zij hiertegen aankijken. Ik zou het goed vinden als wij de staatssecretaris op dit punt corrigeren.

Ik had het over ondermijning van het systeem van het persoonsgebonden budget. Dat doe je als je het onnodig ingewikkeld maakt, waardoor mensen de bomen door het bos niet meer zien. Neem de codes voor algemeen gegevensbeheer, de zogenaamde AGB-codes. Dat is een unieke code voor de identificatie van zorgverleners. Die is weer nodig om aan te tonen dat je kwaliteit inkoopt via je pgb. Er bleek ontzettend veel verwarring te zijn over de vraag of die code wel of niet nodig is om überhaupt nog je pgb via de zorgverzekeraar te krijgen.

Ik vond de uitleg van de staatssecretaris een beetje beperkt. Kan hij nog ingaan op de volgende specifieke vragen? Hoe is nu precies uitleg gegeven aan zorgverleners maar ook aan budgethouders dat die AGB-codes nodig waren? Klopt het dat die informatievoorziening heel beperkt is geweest en ook heel laat kwam? Klopt het ook dat er verwarring is ontstaan over waar je de aanvraag van die codes moet doen, waardoor heel veel zorgverleners een aanvraag op de verkeerde plek hebben ingediend? Zijn er nog veel zorgverleners die wachten op die code? Heeft de deadline van 1 januari voor die code ertoe geleid dat mensen afscheid hebben moeten nemen van hun zorgverleners? Kan de staatssecretaris ons hierover informeren?

Die AGB-codes maken het dus niet simpeler. Hoe ingewikkelder je een systeem maakt, hoe meer behoefte er ontstaat aan bemiddeling en ondersteuning. En dan ontstaan er bemiddelingsbureaus. Als iets het draagvlak voor het pgb ondermijnt, dan is het wel die vorm van bemiddeling. Er worden ontzettend hoge percentages van het pgb gevraagd, en het is gewoon cashen. Je kunt dik binnenlopen als je zegt: ik ga mensen die zorg nodig hebben matchen met zorgverleners, en daar vraag ik 20% van het persoonsgebonden budget voor. 20% schud ik niet uit mijn mouw, dat komt gewoon uit een onderzoeksrapport van deze regering. Zou de staatssecretaris een maximumtarief willen instellen of een maximumpercentage dat naar bemiddelingsbureaus zou mogen gaan? 5%, 10%; hoeveel zou hij dan willen toestaan?

Voor wijkverpleging geldt een korting voor de sector als er te veel geld is uitgegeven in een jaar. Dat heet het macrobeheersinstrument. Wij hebben al meerdere malen voorgesteld om dit niet van toepassing te laten zijn op de wijkverpleging, omdat daar nu eenmaal ook recht op zorg geldt. Als mensen geen wijkverpleging meer krijgen, krijgen zij het elders en dat is mogelijk weleens duurder.

Het macrobeheersinstrument ondermijnt nu ook het pgb. Er is voor dit debat een amendement ingediend door GroenLinks. Daarin staat dat wij de Wet marktordening gezondheidszorg maar moeten uitschakelen. Daar kunnen wij niet in meegaan. Deze wet regelt onder andere dat patiënten geïnformeerd moeten worden over prijs en kwaliteit van zorg. Deze wet regelt de ontwikkeling en de ordening van en het toezicht op de markt van de gezondheidszorg. Als we deze wet zouden uitschakelen, hebben we volgens mij helemaal geen controle-instrumenten meer voor zorgaanbieders die werken via pgb-financiering. Volgens mij is dat niet wat beoogd wordt met het amendement, maar ik durf te zeggen dat dit amendement ook het draagvlak voor het pgb zou kunnen uithollen.

Als er iets is wat het pgb ook echt ondermijnt, is het fraude. Ik zal echt niet zeggen dat iedere budgethouder een fraudeur is ...

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik reageer even op wat mevrouw Leijten zei over mijn amendement. Een pgb-houder die zijn zorg inkoopt, is natuurlijk geen zorginstelling. Daarom heb ik gezegd: zou je er in dit geval dan niet voor moeten zorgen dat daar een uitzondering op is? Nu zegt mevrouw Leijten: je moet ook denken aan zorgaanbieders die hun zorg via pgb's financieren. Als het mevrouw Leijten daarom te doen is en ik dat in mijn amendement aanpas, verandert dat dan de kijk van de SP op mijn amendement?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Volgens mij is de WMG alleen van toepassing op de aanbieders, en niet op de budgethouders. Daarmee wordt het amendement dan overbodig. We hebben gezegd dat wij niet willen dat het macrobeheersinstrument ertoe leid dat tegen een individuele budgethouder wordt gezegd: jij moet terugbetalen omdat er in de hele sector te veel is uitgegeven. Zoals ik het lees, heeft de staatssecretaris daarvan gezegd: dat kan niet. Maar het kan wel bij organisaties die de pgb-zorg leveren, omdat zij nu eenmaal onder de werking van de Wet marktordening gezondheidszorg vallen. Ik denk dat je geen uitzondering kunt bedingen voor pgb-zorg, omdat je dan twee soorten zorg en toezicht krijgt. Volgens mij is dat onwenselijk, want een zorginstelling die pgb-zorg verleent, heeft vaak ook een tak voor reguliere zorg. Het zou wel heel gek dat de ene tak geen toezicht en regels heeft en de andere wel.

De **voorzitter**:
Mevrouw Voortman, tot slot.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Het toezicht moet mensen helpen. Het moet zorgaanbieders helpen en het moet ook juist de mensen helpen die de zorg nodig hebben. Als het nu zo is dat die bepalingen mensen belemmeren, dan is het toch goed dat wij bezien hoe wij dat kunnen wegnemen? Want dat kan toch nooit de bedoeling zijn van de WMG?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik denk dat de WMG best heel veel beter kan. Ik zou bijvoorbeeld de zorg niet ordenen als een markt van concurrerende aanbieders. Daar denken wij misschien ook nog wel redelijk hetzelfde over. Ik ben er echter wel van overtuigd dat je een wet die daar toezicht op houdt — op dit moment is dat de WMG — niet moet uitschakelen voor de pgb-gefinancierde zorg. Wij zien namelijk ook dat budgethouders weleens het slachtoffer kunnen worden van een organisatie die zegt voor hen de zorg te organiseren, maar dat eigenlijk niet doet. Dan zit de budgethouder met de schade. Nu hebben wij een instrument waarmee wij kunnen ingrijpen, op grond van de WMG. Het negatieve is dat macrobeheersinstrument, dat maakt dat een organisatie opeens extra geld moet gaan betalen, omdat een ander meer heeft uitgegeven. Dan zou je gewoon het macrobeheersinstrument moeten uitschakelen, maar niet de wet.

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik wil het hebben over fraude, want die ondermijnt het draagvlak voor het pgb. Ik zou het met de staatssecretaris willen hebben over de vraag wat er nu gebeurt als er vermoedens zijn van fraude bij een organisatie omdat de zorgverzekeraar ziet dat er iets niet goed gaat. Dan zijn er op dit moment twee routes voor de zorgverzekeraar. De eerste route is om te stoppen met de vergoeding aan de bewuste organisaties of aan de budgethouder die bij die organisaties inkoopt. Dan weet zo'n organisatie natuurlijk dat ze onder het vergrootglas ligt. Die kan zichzelf failliet laten gaan of opheffen. Het vogeltje is dan gevlogen en kan misschien ergens anders opnieuw beginnen. Dan is het misbruik van het geld misschien gestopt, maar de veroorzaker ervan, de dader, is dan niet aangepakt.

De tweede route is dat de zorgverzekeraar zegt vermoedens te hebben van fraude. Dan laat hij het geld doorlopen om in de tussentijd bewijs te verzamelen. Dan laat hij echter een situatie van misbruik bestaan en overtreedt hij de wet, want dat mag hij immers niet. De zorgverzekeraar heeft geen opsporingsbevoegdheid en moet dat wat de SP betreft ook niet krijgen. Is het mogelijk dat hij, op het moment dat hij signalen heeft dat geld niet goed wordt besteed, dat er sprake is van fraude, misbruik of uitbuiting van mensen die daar hun zorg krijgen, tegen een opsporingsinstantie zegt: doe daar eens onderzoek? We hebben nogal wat opsporingsautoriteiten in ons land: Openbaar Ministerie, Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie SZW, FIOD-ECD. Het maakt mij niet uit welke het doet. Het zijn allemaal opsporingsinstanties van de overheid. Die opsporingsinstantie kan dan bewijsmateriaal veiligstellen waardoor we sneller kunnen ingrijpen en het misbruik kunnen stoppen, maar ook daders kunnen aanpakken. Nu is het zo dat DSW, weer diezelfde verzekeraar, heel veel bewijsmateriaal heeft verzameld, dat naar het OM brengt, maar dat het daar wat stilvalt. Vervolgens begint hij een civiele procedure, dus buiten het strafrecht om, om die organisatie aan te pakken. Volgens mij is dat de verkeerde route. Volgens moeten wij laten zien dat het ons menens is. Wij staan voor het persoonsgebonden budget, maar wee je gebeente als je er misbruik van maakt. Dan kun je op ons rekenen. Ik zou graag van de staatssecretaris willen zien dat dit een werkwijze wordt waardoor we echt tegen zorgverzekeraars kunnen zeggen: treed eens op, wij staan achter je, we doen samen met je het onderzoek. Dan zijn al die situaties van misbruik van budgethouders, die we allemaal kennen, die veel te lang hebben voortbestaan, verleden tijd.

De **voorzitter**:
Ik kijk even of u klaar was.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik was bijna bij mijn afronding.

De heer **Potters** (VVD):
Ik denk dat de SP en de VVD op veel terreinen anders naar de samenleving kijken. Op één punt trekken wij echter vaak aan hetzelfde touw. Dat is als het gaat over fraude en zeker

als het gaat over kwetsbare mensen zoals mensen die een pgb hebben. Daar hebben we verschillende moties over ingediend en we hebben de staatssecretaris achter z'n broek aan gezeten. De vraag van mevrouw Leijten is een verhelderende vraag. Zij wil eigenlijk dat de zorgverzekeraars aangifte doen, optreden en dat het OM sneller tot vervolging overgaat om deze fraude echt aan te pakken. Of pleit zij voor een apart instituut, een aparte ingang om dat te doen? Dat is mij niet helemaal helder.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Als je aangifte doet, dan moet je je bewijsmateriaal al verzameld hebben. Dat is juist het moeilijke. Je kunt dat niet doen als je wilt dat het misbruiken van geld stopt. Dan heb je vaak nog niet voldoende bewijsmateriaal. Een zorgverzekeraar kan niet naar die zorgaanbieder toe gaan om beslag te leggen op bestanden, omdat dat bewijsmateriaal is. Een opsporingsinstantie kan dat wel doen. Ik stel voor dat de zorgverzekeraar geen aangifte doet, maar zegt: beste OM, of FIOD-ECD, of wie dat ook is, ik heb gerede vermoedens dat hier iets niet goed gaat; wilt u met mij daar naartoe om te kijken of dat klopt en als dat zo is, dat bewijsmateriaal veiligstellen? Er moeten dan echt gerede vermoedens zijn. Dan is er een snellere operatie, wordt er sneller ingegrepen als het misgaat en is er veel meer kans om de dader daadwerkelijk in het strafbankje te krijgen. Of hij dan veroordeeld wordt, is uiteindelijk aan de rechter en hangt af van het bewijsmateriaal. Daar gaan wij ook niet over. Er is dan een snellere procedure. Ik zou de staatssecretaris daar graag een positief antwoord op zien geven.

De heer **Potters** (VVD):
Ik denk dat wij daar ook positief over zouden kunnen zijn. Ik vind het wel belangrijk dat de zorgverzekeraar wel aangifte doet als er echt sprake is van misbruik en de zorgverzekeraar dat ziet. Volgens mij zijn dit soort signalen namelijk ook echt belangrijk, zodat het OM kan zeggen: ik zie dat er op dat terrein vaak sprake is van fraude, daar moeten we meer prioriteit aan geven. Ik zou ook willen voorkomen dat er géén aangifte wordt gedaan, want wel aangifte doen is af en toe gewoon nodig. Dat er geen aangifte wordt gedaan, is volgens mij ook niet wat mevrouw Leijten wil.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Zeker. Het één sluit het ander ook niet uit, maar zodra je aangifte doet, ligt die aangifte er en kan de aanbieder ook zeggen: ik laat mezelf failliet gaan, ik ga naar een andere regio, ik val onder een andere zorgverzekeraar. Dan is het vogeltje gevlogen. Als je echter zegt: ik ben nog bezig met het onderzoek en betrek daar nu al een opsporingsinstantie bij, dan loop je, als die opsporingsinstantie meedoet, minder risico dat zo'n aanbieder nattigheid voelt en vertrekt.

We hebben het in deze Kamer vaak gehad over het pgb. De SP vindt dat het persoonsgebonden budget een volwaardig alternatief moet zijn voor de zorg in natura, maar ook omgekeerd. Er is soms ook sprake van een persoonsgedwongen budget, omdat een aanbieder nu eenmaal geen andere zorg aanbiedt dan zorg in budgetfinanciering. De staatssecretaris zou daar onderzoek naar doen. Dat heeft hij mij toegezegd in een debat dat toen ging over fraude en het pgb. Ik zou graag zien dat mensen die een pgb hebben, ook de keuze krijgen om te kunnen zeggen: ik wil mijn zorg via zorg in natura krijgen. Wat zijn nu precies de obstakels? In welke regio's van het land is een bepaalde zorg in natura niet voorhanden, waardoor je een pgb in gedwongen wordt? De staatssecretaris heeft mij toegezegd, dat op een rij te zetten en ik heb daar nog niets van gezien. Ik vraag de staatssecretaris om dat alsnog te doen.

Ik verwijs naar het voorbeeld van de moeder die nachtzorg voor haar kind wilde regelen via een reguliere zorginstelling, maar dat niet voor elkaar kreeg met gewoon bekende gezichten. Zij regelt dat zelf, via een pgb, en dat lukt wel. Ik vind dat een gotspe. Ik vind echt dat een zorginstelling dan gewoon faalt. Waarom kan een groot instituut niet wat een individu wel kan? Dat hoort een zorginstelling toch voor elkaar te kunnen krijgen? Waarom lukt dat niet? Dat vraag ik aan de staatssecretaris. Die moeder is het persoonsgebonden budget in gedwongen, als het ware. Ze had liever niet de rompslomp erbij gehad. Ze heeft het nu goed geregeld, dat is fijn, maar toch: eigenlijk is zij een pgb in gedwongen.

Ik wil de staatssecretaris tot slot de hamvraag stellen in dit debat. Is het zijn bedoeling dat hij naar buiten kan zeggen: ik heb hart voor het persoonsgebonden budget, ik heb het verankerd in de Zorgverzekeringswet, maar vervolgens laat ik de verzekeraars alle vrijheid om mensen te weigeren op allerlei dubieuze gronden, om het budget veel te laag vast te stellen en om budgetverleners bijvoorbeeld geen klachtenregeling te geven? Als hij dat doet, dan verankert hij niet het pgb. Dan ontstaat er een situatie van laffe politiek. Het pgb wordt een beetje uitgehold, maar ja, zegt hij dan, dat zijn de zorgverzekeraars, ik kan daar niets aan doen. Ik zou dat echt heel cynisch vinden en dergelijk cynisme hoort niet in de politiek thuis.

☐

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Het CDA vindt het belangrijk dat we het persoonsgebonden budget ook wettelijk in de Zorgverzekeringswet vastleggen. Waar wel verschil van inzicht zit tussen het CDA en de staatssecretaris, is de manier waarop we dat moeten doen en hoe dat precies vorm moet krijgen. De Raad van State heeft gelijk dat er feitelijk niet gesproken mag worden van een persoonsgebonden budget, maar dat het eigenlijk gaat om het achteraf vergoeden van wijkverpleging. Dan zijn er dus twee smaken. De vraag die ik aan de staatssecretaris voorleg, is dan ook: ligt bij hem de nadruk nu aan de ene kant, namelijk op de beslissingsbevoegdheid van de zorgverzekeraars, de verantwoording en de restitutie achteraf, of ligt die aan de andere kant, namelijk op de eigen regie, de eigen verantwoordelijkheid en de bevoorschotting? Graag een reactie van de staatssecretaris op die twee smaken.

Het CDA kiest bij de behandeling van dit wetsvoorstel expliciet voor het laatste, dus voor de eigen regie, de eigen verantwoordelijkheid en ook voor de bevoorschotting. Dat is waar het in het persoonsgebonden budget eigenlijk altijd om gaat en dat zal voor de staatssecretaris ook niet als een verrassing komen. Wij hebben al bij de behandeling van het vorige wetsvoorstel waarin dit gedeelte zat — het ging om artikel 13, de beperking van de vrije artsenkeuze — het punt gemaakt dat we vinden dat het persoonsgebonden budget eigenlijk gewoon bevoorschotting zou moeten zijn. Dit staat los van het feit dat het CDA niet vindt dat iedereen

zomaar een pgb toegewezen moet krijgen. Maar nu lijkt het meer op een "nee, tenzij"-principe, in plaats van een "ja, tenzij"-principe. Daarom heeft het CDA inmiddels een amendement ingediend dat regelt dat het pgb voor de wijkverpleging weer werkt met een bevoorschotting van de eigen verantwoordelijkheid. Niet iedereen is hiervoor geschikt en ook niet iedereen past een pgb-jas, maar daarom moeten mensen de plichten kunnen dragen die bij het beheer van het pgb horen.

Eigen regie moet wel echt het uitgangspunt vormen. Daarvan ziet het CDA echter te weinig in het wetsvoorstel terug. De staatssecretaris heeft inmiddels al een reactie gegeven op dit amendement van het CDA. Hij vindt dat dit rechtsongelijkheid creëert tussen mensen met een pgb en mensen die gewoon zorg krijgen uit de Zvw. Maar ik vind dat als CDA'er eigenlijk raar, want we hebben eerder in de Zvw een pgb gehad en dat werkte met een voorschot. Toen heeft niemand ooit gesproken over het feit dat dat zou zorgen voor rechtsongelijkheid. De staatssecretaris weet misschien al wel welk amendement dat is, want dat heb ik de vorige keer ook al gezegd: dat was het amendement van mevrouw Smilde van het CDA, mevrouw Schippers van de VVD, nu ook wel bekend als "de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport" en de heer Heemskerk van de PvdA. Toen heeft niemand vanuit het kabinet gezegd dat dit principe zorgt voor rechtsongelijkheid. Waarom nu wel? Ik kan de redenering van de staatssecretaris daarin echt niet volgen.

Is de staatssecretaris van mening dat het pgb naast de zorg in natura in dit wetsvoorstel ook een gelijkwaardig alternatief is? De regering stelt namelijk in de memorie van toelichting dat dit wetsvoorstel erg aansluit bij de eerder gemaakte afspraken tussen de zorgverzekeraars en de regering. We hebben inmiddels een goede brief van Per Saldo, de belangenvereniging gehad. Per Saldo stelt dat een jaar pgb in de Zvw veel negatieve effecten heeft gehad. Dan gaat het eigenlijk over vier knelpunten die worden gesignaleerd. Het eerste is de flexibiliteit van de inzet van zorgverleners. Die wordt enorm beperkt door de zorgverzekeraars. Het tweede is de uitwisselbaarheid tussen de zorgfuncties en het derde zijn de toegangscriteria voor het pgb, die een hoge drempel vormen. Heel veel zorg wordt als planbaar beschreven. Dat schijnt zelfs te gelden voor toiletgang en verslikkingsgevaar, in relatie tot ademhaling. Ik moet heel eerlijk zeggen: de manier waarop mevrouw Leijten dat toelichtte, kan ik niet nadoen op die manier, maar ik zie wel dat hetzelfde gebeurt: iets wat je echt niet tot in een minuut een week lang kunt plannen, wordt door een zorgverzekeraar gezien als iets wat wel te plannen is. Dat is toch vreemd? Het vierde knelpunt treedt op bij declaratieprocessen. Op die punten zegt Per Saldo dat het ten opzichte van de bestuurlijke afspraken die een jaar geleden zijn gemaakt, niet goed gaat. Graag hoor ik daarom van de staatssecretaris op die vier afzonderlijke punten welke verbeteringen gemaakt kunnen worden en hoe de regering dit denkt te bereiken.

Het CDA vindt het wel positief dat in het huidige voorstel het uitsluiten van ouderen met gewone ouderdomskwalen van een pgb is komen te vervallen. Maar tegelijkertijd voert de staatssecretaris weer een nieuwe voorwaarde op: ouderen die door hun beperking niet meer in staat zijn zelfstandig een pgb te beheren, kunnen dat alleen nog doen als zij een wettelijke vertegenwoordiger hebben. Maar dát is omslachtig! Dat betekent namelijk dat in bijna alle gevallen de familie eerst naar de rechter moet om de oudere nog in aanmerking te laten komen voor een pgb. Het lijkt op een soort ontmoedigingsbeleid. Het CDA vindt het vreemd dat er voor dit specifieke pgb zo'n uitzonderingsregel wordt gesteld. In de Wet langdurige zorg is namelijk geregeld dat het ook met gewaarborgde hulp mag. Dat is hulp van iemand die de verzekerde inschakelt en van wie voldoende aannemelijk gemaakt is dat hij de aan het pgb verbonden verplichtingen kan naleven. Daarom heeft het CDA, samen met mevrouw Bergkamp van D66, een amendement ingediend om de eisen van de Zvw gelijk te trekken met die in de Wet langdurige zorg. Hoe kan het immers dat we die mensen met een pgb wel de mogelijkheid geven om dat in de Wet langdurige zorg te doen en niet voor mensen met een pgb in de Zvw? Als ik dan van deze staatssecretaris weer het argument van rechtsongelijkheid hoor, wordt dat wel een beetje een platgetreden argument.

Het lijkt alsof de regering met elk ander wetsvoorstel over het persoonsgebonden budget weer andere eisen stelt. Waarom is dat nou eigenlijk zo? De kern van het persoonsgebonden budget is dat budgethouders zorg passend kunnen regelen op hun behoefte, zodat zorg ook echt aansluit bij het leven. Niet dat het leven hoeft te draaien om het regelen van zorg; daar hebben wij in 2015 eigenlijk echt veel voorbeelden van gezien. Er zijn in de Kamer bijvoorbeeld veel debatten gevoerd over ouders met een kind dat onder de intensieve kindzorg valt. Zij willen dat graag met een persoonsgebonden budget regelen. Is de staatssecretaris van mening dat dit inmiddels wel soepeltjes verloopt? Ouders zijn namelijk echt in een waar administratief doolhof terechtgekomen. Ik krijg graag een reactie van de staatssecretaris daarop. Intussen is er een denktank intensieve kindzorg ingesteld, die hiermee bezig is. Het lastige is alleen dat die denktank natuurlijk niet direct de oplossingen voorhanden heeft. De vraag is dus wat de staatssecretaris in de tussentijd verder nog aan de intensieve kindzorg kan doen.

De staatssecretaris geeft aan dat, als de zorgvraag van de budgethouder flexibel is, dat kan worden meegenomen bij de indicatiestelling en het budgetplan. De ene week kan bijvoorbeeld meer zorg nodig zijn dan de andere week. Denk echter ook aan mensen die in het ene kwartaal, bijvoorbeeld in de winter, meer zorg nodig hebben dan in het andere kwartaal. Is de staatssecretaris van mening dat zorgverzekeraars voldoende rekening houden met flexibiliteit? Het kan worden opgeschreven in het budgetplan, maar is er daarna eigenlijk ook wel voldoende financiële flexibiliteit? De staatssecretaris zou in overleg gaan met Zorgverzekeraars Nederland en met Per Saldo om te bekijken of dit in de praktijk ook flexibel genoeg is. Wat is er uit dit overleg gekomen?

In de memorie van toelichting stelt de regering dat er maximumtarieven zowel voor professionals als voor niet-professionals worden gesteld en dat de vergoedingen voor niet-professionals zo veel mogelijk in lijn worden gebracht met vergelijkbare vergoedingen uit het Besluit langdurige zorg. Dit is wel heel erg ambtelijk. Wat wordt er bedoeld met "zo veel mogelijk in lijn gebracht"? Betekent dat dat het hetzelfde wordt of is dat dan net iets anders? Ik krijg graag opheldering daarover. Zorgverzekeraars en Per Saldo hebben ook bestuurlijke afspraken gemaakt over welke aanvullende eisen zorgverzekeraars kunnen stellen; ik heb het er zojuist al even over gehad. De staatssecretaris is daar heel fel in. Hij zegt eigenlijk dat als blijkt dat de partijen zich niet aan de gemaakte afspraken houden, hij de voorwaarden in

regels kan vastleggen en echt heel hard gaat optreden. Tja, maar wat zijn dan voor de staatssecretaris de belangrijkste voorwaarden die de zorgverzekeraars niet mogen schenden? Ik heb namelijk zojuist een viertal voorwaarden opgenoemd waarvan Per Saldo al zegt dat het daar eigenlijk helemaal niet goed mee gaat, dat zorgverzekeraars zich er onvoldoende aan houden en dat er heel hard aan moet worden getrokken en geduwd. Wat vindt de staatssecretaris nou de belangrijkste voorwaarden? Wat is voor hem het moment dat hij besluit op te treden en het in regels vast te leggen?

Het afgelopen jaar hebben er ook veel herindicaties plaatsgevonden. De SP maakte er zojuist ook een aantal opmerkingen over. We horen regelmatig verhalen dat een herindicatie bij het persoonsgebonden budget een moeizaam proces is. Het CDA maakt zich er zorgen over dat veel mensen hun persoonsgebonden budget verliezen, terwijl ze eigenlijk naar tevredenheid heel veel jaren goede zorg hebben ontvangen. Het lastige van dit debat is dat we de resultaten van de monitor die de staatssecretaris uitvoert, pas in april krijgen. Dan ligt dit wetsvoorstel allang ergens anders. Kan de staatssecretaris ons daarom nu al inzicht geven in de voorlopige cijfers? Hoeveel budgethouders zijn nu hun persoonsgebonden budget verloren?

Daarnaast zijn er nog een aantal andere uitvoeringsproblemen. Zo geeft de staatssecretaris aan dat de declaratiecode — voorzitter, ik moet nu even een afkorting gebruiken — de AGB-code, nog knelpunten bevat. De staatssecretaris zou met partijen bekijken of al deze zorgverleners in de praktijk ook een AGB-code kunnen krijgen, anders kunnen ze niet uitbetaald krijgen. Het is natuurlijk wel van belang dat mensen goed hun salaris kunnen krijgen. Wat is de stand van zaken bij dit overleg? En is het ook uitvoerbaar?

Over de toepasbaarheid van de Wet marktordening gezondheidszorg schrijft de staatssecretaris in de brief van 20 oktober jongstleden dat hij "in overleg met betrokken partijen zal bekijken welke eisen voor hen relevant zijn en op welke wijze zij daarover het beste kunnen worden geïnformeerd". Het was een lange brief en hij had al een paar dingen uitgelegd, maar een aantal dingen moesten ook nog verder worden uitgewerkt. Dat is inmiddels zo'n vier maanden geleden, dus wat is precies de stand van zaken hiervan? Bestaat er nog onduidelijkheid of is inmiddels klip-en-klaar hoe wij dit in de praktijk gaan toepassen?

Er zijn heel veel interessante amendementen door verschillende collega's ingediend, die wat het CDA betreft op onderdelen een verdere aanscherping en verbetering van dit wetsvoorstel kunnen betekenen. Ik was dus teleurgesteld toen ik de brief van de staatssecretaris kreeg met de reacties op de amendementen. Een groot aantal amendementen komt tegemoet aan de wens tot het verbeteren van de flexibiliteit, en zorgt ervoor dat verschillende vormen van zorg voor een persoonsgebonden budget in aanmerking komen en dat de planbaarheid niet zoals nu in beton gegoten is. Het zou waarschijnlijk een verbetering kunnen opleveren. Maar wat lees ik in de opmerkingen die de staatssecretaris formuleert? Hij gaat op alle punten aan de achterkant zitten met zijn oplossingen. Wat bedoel ik daarmee? De staatssecretaris gaat niet aan het begin zitten met de oplossingen door het beter te regelen, maar hij gaat ervoor zorgen dat de Nederlandse Zorgautoriteit beter toezicht houdt. Hij gaat ervoor zorgen dat er een betere klachtenlijn komt bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Hij gaat ervoor zorgen dat mensen die bezwaren hebben sneller een procedure kunnen doorlopen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen dan mensen die andere klachten hebben binnen de Zorgverzekeringswet. Maar als je overtuigd bent van je eigen wet, dan heb je dat toch helemaal niet nodig? Dan zegt je: die problemen gaan helemaal niet aan de achterkant ontstaan, ik hoef helemaal geen klachtenlijn in te stellen en ik hoef de bezwaarschriftenprocedure dus niet te versnellen. Dan heb je dat allemaal niet nodig, want dan ga je ervan uit dat je het aan de voorkant zo goed regelt dat die klachten er helemaal niet komen en dat de Ombudsman Zorgverzekeringen straks niet heel veel mensen op de stoep heeft staan die aangeven dat ze in de problemen zitten. Als de staatssecretaris nu al in de modus zit dat hij ervoor wil zorgen dat straks, als er problemen zijn, alles beter wordt opgelost, dan vraag ik me af in hoeverre hijzelf ervan overtuigd is dat datgene wat er nu ligt, een voldoende oplossing is. Als het namelijk een goede wet is en als de staatssecretaris volop vertrouwen heeft in de uitvoering en gelooft dat het tot minder problemen zal leiden, dan zijn al die reparatiemaatregelen die hij nu al voorstelt, helemaal niet nodig. Ik hoor graag van de staatssecretaris wat hij daar zelf van vindt.

Ik kom tot een afronding. Het CDA wil graag dat het persoonsgebonden budget wettelijk in de Zorgverzekeringswet wordt vastgelegd. Daar is geen misverstand over. Het CDA ziet wel graag dat er meer waarborgen komen voor een flexibele inzet van het persoonsgebonden budget en dat er zodanige toegangscriteria zijn dat niet de deur voor iedereen op slot gaat, maar dat juist zo veel mogelijk mensen die baat hebben bij het persoonsgebonden budget, hun eigen verantwoordelijkheid en eigen regie beter kunnen invullen in hun leven. Daar hebben we het persoonsgebonden budget voor.

☐

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Voorzitter. Ik wil aan de Kamer graag voorstellen aan iemand die een CVA, een beroerte, heeft gehad. Zijn persoonlijke verzorging en begeleiding kreeg hij middels een pgb via de oude AWBZ, nu de Wet langdurige zorg. Dit pgb maakt het voor hem en zijn vrouw mogelijk om alles zelf te regelen, waardoor de gevolgen voor hun inkomen beperkt bleven. Zijn vrouw verleent de zorg op tijdstippen die zij zelf verkiezen. Gelukkig kon de vrouw haar baan daarop aanpassen. Ik citeer uit hun brief die ik heb ontvangen. "Ik heb elke dag hulp nodig bij het aan- en uitkleden, het douchen en het innemen van de medicatie. Samen kunnen wij bepalen wanneer ik opsta, een douche neem, naar bed ga of ga zwemmen. Ik ben blij dat mijn vrouw de zorg verleent, ik niet door vreemden word geholpen en ik niet afhankelijk ben van het rooster van de thuiszorgmedewerkers. Ik kan daardoor zelf bepalen wanneer ik 's avonds familie of vrienden bezoek of ontvang. Ik kan daardoor zelf bepalen wanneer ik 's morgens opsta, afhankelijk van de activiteit die ik heb, zoals het geven van voorlichting op scholen. Ik heb hierdoor regie over mijn eigen leven. Dat is ideaal voor mij."

De staatssecretaris kent deze brief wellicht ook, want hij is aan hem geschreven. De Kamerleden hebben er een afschrift van ontvangen. Het persoonlijke verhaal maakt in één keer duidelijk waarom het pgb in de Zorgverzekeringswet zo belangrijk is. De persoon in kwestie heeft een pgb aangevraagd bij de zorgverzekeraar, maar dit werd afgewe-

zen met het argument van planbare zorg. Daarmee dreigt voor hem en zijn vrouw een eind te komen aan de stabiele situatie met flexibele inzet van zorg. Het besluit van de zorgverzekeraar is niet te begrijpen, ook omdat het formele tarief voor persoonlijke verzorging twee maal zo hoog is als dat voor informele zorg. Daardoor komen de meerkosten voor acht uur per week aan zorg op bijna €8.000 per jaar.

Deze casus geeft aan hoe belangrijk het is dat het pgb goed in de Zorgverzekeringswet wordt verankerd. Eerder deden we dat bij de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet. Dit is dus een mooi moment, al hebben we er wel even op moeten wachten. Al in 2013 dienden D66, GroenLinks en de ChristenUnie een motie in waarin de regering werd verzocht om een volwaardig pgb te verankeren in de Zorgverzekeringswet. Maar dan heb je ook wat, zou je denken. Dat er ongeveer twintig amendementen zijn ingediend op een wetsvoorstel van amper twee A4'tjes is echter veelzeggend. Het pgb in de Zorgverzekeringswet werkt in de praktijk niet, niet zoals ons dat voor ogen stond en staat. In het afgelopen jaar hebben zorgverzekeraars en verzekerden al ervaring opgedaan met een pgb. Ik zie dat er aan beide kanten veel ongemak is. Ik kom daar zo op. Dat we vandaag dit wetsvoorstel behandelen, geeft ons kansen om de wet zo vorm te geven dat zorgverzekeraars ermee uit de voeten kunnen en vooral ook dat het pgb goed beschikbaar is voor verzekerden.

In het stelsel van de Zorgverzekeringswet is een pgb eigenlijk helemaal niet vanzelfsprekend. Alles in de Zorgverzekeringswet draait om de contracten die zorgverzekeraars met zorgorganisaties sluiten. Het pgb gaat hier dwars doorheen. Met het pgb in de hand kiest de cliënt en niet de zorgverzekeraar. Dit maakt Zvw-pgb een mooi maar ook heel kwetsbaar instrument. Ik vind het belangrijk dat de verzekerde ongeacht zijn polis gebruik kan maken van het pgb. Natuurlijk moet dat ook een volwaardig pgb zijn. Kernwoorden daarbij zijn: toegankelijk, toereikend en flexibel. Het Zvw-pgb regelen we dus niet even; het verdient onze tijd en aandacht.

Voor de uitvoering van het Zvw-pgb wordt in de huidige wetgeving aangesloten bij de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Dit leidt ertoe dat er eigenlijk geen sprake is van een pgb, maar van een bijzondere vorm van restitutie. Wanneer wordt uitgegaan van de systematiek van restitutie, is het voor budgethouders niet mogelijk om een voorschot te ontvangen. Hoe verhoudt dit zich tot de eigen regie voor de verzekerde? En hoe zijn flexibiliteit en zorg op maat mogelijk binnen het huidige wetsvoorstel? Ziet de staatssecretaris het pgb op deze manier als een volwaardig alternatief? Of is dat helemaal de bedoeling niet? De ChristenUnie vindt dat het pgb een volwaardig alternatief voor zorg moet zijn. Het gelijktrekken van het Zvw-pgb met de Wmo en de Wlz is daarin een belangrijke stap. Het amendement van collega's Voortman en Otwin van Dijk regelt dit, maar ook de amendementen van collega's Bruins Slot en Bergkamp gaan hierover. Waarom is er niet voor gekozen om beter aan te sluiten bij de systematiek van de Wlz?

Daarmee kom ik op het punt van de toegang. Door talloze berichten via mail en sociale media werd ik geattendeerd op de beperkte toegang tot een pgb bij zorgverzekeraars. Ook bij Per Saldo komen veel klachten binnen. Zelfs mensen die onder de oude AWBZ een pgb hadden, zonder problemen en naar volle tevredenheid, werd een pgb geweigerd bij het overhevelen van verpleging en verzorging naar het domein van de zorgverzekeraars. Ik refereer nog even aan de casus aan het begin van mijn betoog. Het meest in het oog springend is dat zorgverzekeraars veel zorg planbaar achten, bijvoorbeeld toiletbezoek. Ik noemde dit bizarre voorbeeld al eerder; vandaag kwam het ook langs in het debat. We ontvingen een brief van de staatssecretaris waarin hij schrijft dat hij een quickscan heeft uitgevoerd onder zorgverzekeraars. Ik dank de staatssecretaris voor zijn bereidheid om mijn motie hierover uit te voeren, maar eerlijk gezegd is het beeld dat hij in zijn brief schetst, heel anders dan wat ik hoor vanuit de praktijk. Komt dat doordat acht van de tien verzekeraars hebben meegedaan en juist de twee waarover ik de meeste klachten krijg, niet? Je zou het bijna gaan denken. Zijn de ervaringsverhalen van verzekerden dan allemaal broodjeaapverhalen? Ik kan het me niet voorstellen. Ook Per Saldo signaleert dat de vier afgesproken criteria voor toegang tot een pgb bij zorgverzekeraars leiden tot oneigenlijke argumentatie om het pgb te weigeren. Hoe beoordeelt de staatssecretaris deze signalen?

Ik denk dat veel zorgverzekeraars gewoon koudwatervrees hebben. Dit zie je terug in de veelomvattende documenten met aanvullende voorwaarden die ze budgethouders opleggen om aanspraak op een pgb te kunnen maken. Door deze aanvullende voorwaarden is het pgb zo ingesnoerd dat het niet tot zijn recht komt. In de brief van Zorgverzekeraars Nederland lees ik dat men ernaar streeft om zo veel mogelijk uniformering in de uitvoering van het Zvw-pgb aan te brengen. Er worden geen andere criteria gesteld dan in de bestuurlijke afspraken. Hoe verhoudt dat zich dan tot de nadere voorwaarden die zorgverzekeraars kunnen stellen, wat zij ook veelvuldig doen? En waarom wordt in de wet gesteld dat zorgverzekeraars "desgevraagd" een pgb moeten verstrekken? Ik vind dat mensen er bij het aanvragen van zorg actief op gewezen moeten worden dat zij deze zorg met een pgb kunnen organiseren. Kan de staatssecretaris aangeven of en waar dat wettelijk geregeld is? Ik zie uiteraard ook zeer uit naar de monitor die in april 2016 naar de Kamer gaat. In de tussentijd moet de toegang tot het pgb veel beter in de Zorgverzekeringswet verankerd worden. Op dat punt liggen er ook een aantal amendementen.

Naast de toegang tot het budget is van groot belang dat dit budget ook toereikend is voor elke budgethouder. Ik tel vier amendementen op dit punt, waaronder een van onszelf. Toen ik dit wetsvoorstel naast de andere wetsvoorstellen legde, kwam ik tot de conclusie dat het Zvw-pgb te veel vanuit de zorgverzekeraar en voor de zorgverzekeraar is opgeschreven, en niet vanuit de budgethouder en voor de budgethouder. Vanuit het op zichzelf gerechtvaardigde belang van kostenbeheersing door zorgverzekeraars is ervoor gekozen om het pgb te maximeren. Samen met collega Otwin van Dijk heb ik een amendement ingediend waarin wordt voorgesteld om niet te spreken over een "gemaximeerde", maar over een "passende" of "toereikende" vergoeding. In geen enkele wet staat immers dat het pgb een gemaximeerde vergoeding moet zijn. Waarom hier dan wel? Uit de praktijk weten wij ook dat het pgb helemaal niet leidt tot duurdere zorg, integendeel. Ik refereer in dit verband weer aan de casus die ik aan het begin van mijn betoog noemde. Het pgb leidt gewoon tot doelmatige zorg.

Een kernelement van het pgb is dat het flexibel ingezet kan worden. Daarom staat mijn naam onder een amendement van de SGP dat verduidelijkt dat de verzekerde het persoons-

gebonden budget zelf kan en mag afstemmen op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.

Nu kom ik bij de indicatie. Voor het indiceren moet een afspraak gemaakt worden met een wijkverpleegkundige. Vorig jaar nog bleek dat in de contractering van wijkverpleegkundigen onvoldoende ruimte was voor het indiceren en het opstellen van zorgplannen voor houders van een persoonsgebonden budget. De zorgverzekeraars besloten vervolgens extra ruimte beschikbaar te stellen. Ik vraag mij af of er voor dit jaar voldoende middelen zijn. Kan de staatssecretaris ons iets vertellen over de wijze waarop zorgverzekeraars hun verzekerden actief wijzen op het recht op gespecialiseerde cliëntondersteuning?

Iedereen die aangeeft, in aanmerking te willen komen voor een pgb, wordt uitgenodigd voor een bewustekeuzegesprek, zo staat het althans op papier. De ChristenUnie hecht aan deze gesprekken, want deze zijn belangrijk om goed in beeld te krijgen waarom iemand een pgb wil en om goed in te schatten of de cliënt het pgb ook zelf kan beheren. Wat ons betreft zit in deze bewustekeuzegesprekken het belangrijkste beheerinstrument voor zorgverzekeraars om te voorkomen dat er fraude wordt gepleegd en om ervoor te zorgen dat budgetten op de goede wijze worden besteed.

Ik zei al dat het bewustekeuzegesprek op papier goed geregeld is, maar in de praktijk blijkt dat dit gesprek ook weleens een uitwisseling van papieren blijft. Alle zorgverzekeraars hanteren een formulier om een pgb aan te vragen. Dit leidt in een aantal situaties tot contact van de zorgverzekeraar met de wijkverpleegkundige of de huisarts. Soms wordt iemand ook persoonlijk benaderd. Heeft de staatssecretaris de indruk dat hiermee voldoende het gesprek wordt gezocht? Kan hiermee een goede inschatting worden gemaakt van iemands mogelijkheden om zelf de regie te voeren? Wat mijn fractie betreft is het antwoord op deze vragen nee. Ik vraag de staatssecretaris dan ook om ervoor te zorgen dat altijd een bewustekeuzegesprek wordt gevoerd als mensen een pgb aanvragen.

Nu ga ik kort in op de problemen rond de IKZ. Ouders met kinderen met intensieve kindzorg lopen er in de praktijk tegenaan dat de zorg in verschillende wetten is geregeld. Het is wenselijk dat er een aanspraak komt uit de Zorgverzekeringswet en dat ouders op deze manier aandacht kunnen besteden aan de zorg voor hun kinderen en niet aan het vele regelwerk en de administratie daaromheen. Ik weet dat wij hierover nog een algemeen overleg met elkaar zullen voeren, maar wellicht wil de staatssecretaris hier nu alvast op reageren, want de nood is hoog.

De staatssecretaris stelt in zijn laatste brief terecht vast dat de Kamer, ook mijn fractie, groot belang hecht aan een passend en toereikend pgb in de Zorgverzekeringswet. De ingediende amendementen zijn een weerslag van de praktijkervaring in het afgelopen jaar. Mijn fractie vindt het dan ook belangrijk dat een aantal amendementen wordt aangenomen. De staatssecretaris wijst deze route af en stelt voor dat de positie van zowel de SKGZ als de NZa wordt versterkt. Het is begrijpelijk dat ik over die reactie erg teleurgesteld ben. Ik heb daarover een aantal vragen.

Er komt een behandellijn bij de SKGZ voor het pgb in de Zorgverzekeringswet. Ook zal gekeken worden naar versnelling in de procedure, zowel voor bemiddeling als geschilbeslechting. Dat is natuurlijk prima. Dit moet wat mijn fractie betreft sowieso gebeuren. Mensen moeten een loket hebben waar zij terechtkunnen als zij er met hun zorgverzekeraar niet uitkomen. Maar hoe realistisch is het als de SKGZ met de huidige beschikbare middelen hierop inzet? Daar moet echt geld bij. Wil de staatssecretaris daarover overleg aangaan met Zorgverzekeraars Nederland?

Ik heb grote aarzelingen bij de tweede route die de staatssecretaris voorstelt, namelijk die van de NZa. De NZa moet erop toezien dat zorgverzekeraars de bestuurlijke afspraken over het pgb nakomen. Ook moet de NZa rapporteren over de signalen die zij ontvangt over het pgb. Zijn verzekerden nu werkelijk geholpen met toezicht door de NZa, dus toezicht achteraf en een rapportageplicht? Zoals ik al zei, gebeurt dit allemaal achteraf en intussen zijn verzekerden afhankelijk van hun zorgverzekeraar. Heeft de staatssecretaris eigenlijk al gesproken met de NZa over deze route? Ik heb het idee dat de discussie die de politiek hier moet voeren, wordt verplaatst naar de NZa en het proces daaromheen. Wij hebben nu de mogelijkheid om het pgb zorgvuldig in de wet te verankeren. Laten wij die kans dan ook grijpen.

Tot slot. Het is mijn grote verlangen dat dit instrument uitgroeit tot iets moois, tot een goede mogelijkheid voor budgethouders om zelf keuzes te maken wanneer zij zorg nodig hebben. De hobbels die vandaag nog genomen moeten worden, beschouw ik niet als onoverkomelijk. Laten we elkaar vinden door de verzekerde centraal te stellen.

☐

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Voorzitter. GroenLinks is een van de partijen die zich al een lange tijd inzet voor een volwaardige pgb-mogelijkheid in alle zorgwetten. Het moet bij alle vormen van zorg mogelijk zijn om zelf te beschikken over je zorg en de inrichting daarvan. Het wetsvoorstel, waarmee het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet geregeld zou worden, strandde in de Eerste Kamer juist vanwege de inperking van de vrije keuze van mensen. Na die tussenstop wordt met dit wetsvoorstel hopelijk toch de mijlpaal bereikt om het persoonsgebonden budget in alle zorgwetten te regelen. Er ligt nu een zelfstandig wetsvoorstel over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet, en niet een nota van wijziging op een ander wetsvoorstel dat de keuzevrijheid juist inperkt. Dit is voor GroenLinks belangrijk. Ik hoop echt dat met deze wet een volwaardige pgb-mogelijkheid geregeld wordt, maar ik maak mij daar toch een beetje zorgen om. Ik zal dat zo toelichten.

Door het wegstemmen van het wetsvoorstel is er afgelopen jaar een unieke situatie ontstaan. Er is namelijk al ervaring opgedaan met het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet voordat de wet die dat moet regelen, behandeld en aangenomen is. Dat biedt de mogelijkheid tot een evaluatie voorafgaand aan de invoering van wetgeving. Ik ben benieuwd hoe de staatssecretaris terugkijkt op de uitvoering van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet in het afgelopen jaar. Hebben zijn ervaringen in het afgelopen jaar hem gesterkt in de mening dat het voorliggende wetsvoorstel toereikend is en dat wettelijke verankering nodig is? Er zijn namelijk nu nog mogelijkheden om, zonder een apart wetstraject, het wetsvoorstel te optimaliseren aan de hand van de ervaringen. Ik vind wel dat er wijzigingen nodig zijn en daarom heb ik

een aantal amendementen ingediend en medeondertekend. Ik wil echter ook graag de visie van de staatsecretaris horen.

GroenLinks vindt dat dit wetsvoorstel de start moet zijn van een solide en zo breed mogelijk persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Daardoor wordt het persoonsgebonden budget geregeld voor de zorg die van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Zorgverzekeringswet is gegaan, waardoor de pgb-mogelijkheid blijft waar die al bestond. Mijn fractie vindt dat we moeten blijven kijken naar de mogelijkheid van uitbreiding van het persoonsgebonden budget naar andere zorg uit de Zorgverzekeringswet. We moeten er wel voor uitkijken dat het door de manier waarop deze regeling nu wordt uitgevoerd niet juist een sterfhuisconstructie wordt voor het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet.

Volgens mij is er geen reden om de vlag nu al uit te hangen. Bij de behandeling van de vorige wet waren er al twijfels over de uitvoering door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben het afgelopen jaar kunnen gebruiken om aan te tonen dat zij achter een volwaardige pgb-mogelijkheid in de Zorgverzekeringswet staan, dat zij daarvan een succes willen maken en dat dat zo ook echt goed wordt geregeld. Helaas is dat nog niet het geval; dat is althans de indruk van mijn fractie. De staatssecretaris lijkt te zeggen dat de zorgverzekeraars in hun rol moeten groeien. Ik zou het debat van nu liever hebben gevoerd met een groot vertrouwen in die uitvoering, omdat de zorgverzekeraars in het afgelopen jaar hadden laten zien dat zij het persoonsgebonden budget uit konden en uit wílden voeren. Nu is dat nog niet het geval, een paar goede uitzonderingen daargelaten. In het afgelopen jaar was de combinatie van zorg in natura en het persoonsgebonden budget niet goed geregeld en stelden zorgverzekeraars extra toegangscriteria of hanteerden die criteria heel streng. De monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet komt pas in april. Er zijn signalen dat vele mensen die eerder een succesvol persoonsgebonden budget hadden, dit bij de herindicatie van de zorgverzekeraars niet meer krijgen. Dus dezelfde zorg, een andere wet en daarna opeens geen pgb meer; dat zijn in ieder geval de signalen.

De reactie van de staatssecretaris in de nota naar aanleiding van het verslag stelt mij niet gerust. Hij zegt daarin dat de ene zorgverzekeraar inderdaad strenger toetst dan de andere, maar dat is voor hem blijkbaar geen probleem. Voor GroenLinks is het dat juist wel, want gelijke toegang hoort het uitgangspunt te zijn. Voor GroenLinks is alleen toezicht niet voldoende. GroenLinks wil echt meer waarborgen voor een gelijkwaardige toegang en uitvoering van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Wij willen geen verschil tussen verzekerden, maar ook geen verschil in behandeling van budgethouders.

Het persoonsgebonden budget moet garanderen dat mensen zelf hun zorg kunnen inrichten als zij dat willen. Dat is wat deze wet moet garanderen. Dat betekent ook dat de verzekerde centraal moet staan. Deze mogelijkheid wordt voor hem of haar ingevoerd en moet dus zo laagdrempelig, zo duidelijk en zo rechtvaardig mogelijk zijn. Voor alle mensen die zorg nodig hebben, moeten de mogelijkheden om deze in eigen hand te hebben, gelijk zijn, uit welke wet de zorg ook komt, hoe groot de zorgvraag ook is. Mensen moeten zich niet hoeven afvragen: uit welke wet komt de zorg, hoe zit het met mijn pgb-recht?

Dat betekent voor GroenLinks dan ook dat de pgb-regelingen in de verschillende zorgwetten zo veel mogelijk gelijk moeten zijn. Helaas wordt de pgb-mogelijkheid in de Zorgverzekeringswet met het voorliggende wetsvoorstel een vreemde eend in de bijt ten opzichte van de manier waarop het in de andere zorgwetten is opgenomen. De staatssecretaris stelt dat het systeem in de Zorgverzekeringswet nu eenmaal zo in elkaar zit, dat hij zorgverzekeraars de ruimte wil bieden. Maar mensen moeten toch voor systemen gaan? Ik wil waarborgen vooraf voor budgethouders dat zij een gelijkwaardige toegang hebben. Dat hebben wij in andere zorgwetten geregeld en dat moet hier toch ook kunnen? Is de staatssecretaris dat met mij eens? Waarom is er niet voor gekozen om meer bij de formuleringen en bepalingen van bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg aan te sluiten?

GroenLinks heeft hierop samen met de Partij van de Arbeid een amendement ingediend om de bepalingen in de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg wel gelijk te trekken, zodat het niet afhankelijk is van de wet op basis waarvan mensen zorg krijgen, hoeveel mogelijkheden zij hebben om de eigen regie over hun zorg te kunnen voeren. Ik kies er expliciet voor om dit te regelen vanuit de budgethouder en de gelijke toegang tot het pgb in de verschillende wetten, en niet vanuit de zorgverzekeraars en het systeem zoals het nu al is. Voor mij staan de waarborgen voor budgethouders voorop en zal het systeem zich daarop moeten aanpassen, niet andersom.

Ja, er is nogal wat weerstand onder zorgverzekeraars, maar DSW Zorgverzekeraar geeft juist aan dat ons voorstel een belangrijke toevoeging is vanwege het zo veel mogelijk gelijktrekken over de verschillende zorgwetten heen. Het pleidooi van DSW dat daarmee voorkomen wordt dat verzekerden onnodig last hebben van grenzen tussen de verschillende zorgwetten, is mij uit het hart gegrepen en bevestigt mijn insteek dat wij moeten bekijken hoe wij het goed voor budgethouders, voor verzekerden regelen. Het systeem moet zich daarop aanpassen.

Ik snap de voorstellen van de staatssecretaris waarin de Nederlandse Zorgautoriteit toeziet op naleving van de afspraken en dat mensen zich daar kunnen melden, maar dat neemt niet weg dat je als wetgever ook vooraf echt goede waarborgen kunt inbouwen. En dat willen wij met het amendement van GroenLinks en de Partij van de Arbeid bereiken.

GroenLinks wil dat mensen ongeacht de zorgverzekeraar bij wie zij verzekerd zijn, volwaardig toegang hebben tot het persoonsgebonden budget. Die toegang moet dus ook centraal staan in deze wet. En dat is nog te weinig geregeld. Zorgverzekeraars mogen hun eigen criteria hanteren, weliswaar vooral op de administratieve kant van het persoonsgebonden budget, maar toch. Er zijn verschillende manieren te vinden om streng te toetsen en dus mensen uit te sluiten. Zoals ik al eerder zei, stelt het mij niet gerust dat de staatssecretaris er weinig kwaad in ziet dat de ene zorgverzekeraar strenger lijkt te zijn dan de andere. Mensen kunnen toch stemmen met hun voeten, zij kunnen toch naar een andere zorgverzekeraar gaan? Dat is steeds de reactie van het kabinet. Mensen die met een persoonsgebonden budget hun zorg willen regelen, moeten maar kiezen voor een zorgverzekeraar die dat in hun ogen het beste uitvoert. Ik vind dat te kort door de bocht, want er spelen een heleboel afwegingen een rol bij het kiezen van een polis en een

zorgverzekeraar: de hoogte van de premie, het aanvullende pakket, de dienstverlening door de zorgverzekeraar, het imago, de ingekochte zorg op andere gebieden binnen de Zorgverzekeringswet en ga zo maar door. Bij mensen met een beperking komt het sowieso weinig voor dat zij overstappen, omdat het voor hen heel ingewikkeld is. Als je hulpmiddelen hebt, moet je die inleveren en moet je ervoor zorgen dat je nieuwe hulpmiddelen krijgt. Ik noem het stellen van allerlei indicaties. Zo gemakkelijk is het voor iemand met een beperking niet om over te stappen van de ene naar de andere zorgverzekeraar. Is een gelijkwaardige toegang tot het persoonsgebonden budget niet veel te belangrijk om onder te brengen in het rijtje motieven om van zorgverzekeraar te wisselen? Ik hoor graag een reactie van de staatssecretaris.

De toegankelijkheid, dus of je de mogelijkheid krijgt een persoonsgebonden budget te nemen, moet wat ons betreft bij alle zorgverzekeraars gelijk zijn. Eerder zei mevrouw Dik-Faber ook al dat het meer een "ja, mits" dan een "nee, tenzij" moet zijn. Heeft de staatssecretaris het polisaanbod van de verzekeraars voor dit jaar naast elkaar laten leggen? Is bij hem bekend of zorgverzekeraars de polisvoorwaarden met betrekking tot het persoonsgebonden budget actief bekend hebben gemaakt? Weet de staatssecretaris ook wat dan de verschillen zijn tussen de zorgverzekeraars of gaat hij daar onderzoek naar doen? Als hij dat niet weet, hoe kan hij dat dan wel verwachten van verzekerden?

Het persoonsgebonden budget en de zorg in natura moeten gelijkwaardige opties zijn. Anderen hebben dat net ook gezegd. De keuze voor een persoonsgebonden budget moet een positieve zijn en niet gemaakt worden omdat de zorg in natura niet voldoet. Ik krijg daarom graag de bevestiging van de staatssecretaris dat het persoonsgebonden budget en de zorg in natura ook echt gelijkwaardig zijn. Wat hij hierover schrijft in de memorie van toelichting vind ik onvoldoende. Hij schrijft namelijk dat als een verzekerde het persoonsgebonden budget wil inzetten, dit in beginsel mogelijk is. "In beginsel", zo staat er. Wat mij betreft, mag de staatssecretaris zich wel wat harder voor een gelijkwaardiger toegang uitspreken. De combinatie van zorg in natura en het persoonsgebonden budget leverde het afgelopen jaar problemen op, omdat verzekeraars niet goed op de hoogte waren van het feit dat dit mogelijk moet zijn. Kan de staatssecretaris toelichten of verzekeraars dit nu wel goed zullen uitvoeren en het ook goed op het netvlies hebben? Wordt dit ook meegenomen in de monitor die volgend jaar verschijnt?

Ik deel de zorg dat de Wet marktordening gezondheidszorg een belemmering kan zijn voor zorg ingekocht met het persoonsgebonden budget. Daarom heb ik een amendement ingediend om die artikelen die een belemmering kunnen zijn, uit te zonderen voor het persoonsgebonden budget. Tegelijkertijd heb ik natuurlijk ook goed gehoord wat mevrouw Leijten heeft gezegd, namelijk dat je het toezicht hierop niet meteen wilt weggooien. Dat is inderdaad niet mijn bedoeling. Ik zal daarom nog even heel goed naar dit amendement kijken. Het kan zijn dat ik het aanpas, maar het kan ook zijn dat ik het intrek. Ik wil daar even zorgvuldig naar kijken.

Wie houdt er toezicht op de uitvoering van de regeling en wie grijpt in als het misgaat? Ik krijg graag de toezegging van de staatssecretaris dat hij hierin echt een actieve rol gaat spelen. Hoe is bijvoorbeeld het toezicht op de toegang tot het persoonsgebonden budget geregeld? Is de uitvoering van het persoonsgebonden budget ook een uitdrukkelijke taak van de Nederlandse Zorgautoriteit? Worden polissen, uitvoering en dienstverlening bijvoorbeeld getoetst en wordt er gehandhaafd? Voor een goede positie van verzekerden is het ook belangrijk dat zij een afwijzing kunnen laten toetsen op rechtvaardigheid of dat zij in ieder geval een goede bezwaarmogelijkheid hebben. Waar kunnen mensen terecht als zij het idee hebben onterecht geen persoonsgebonden budget te krijgen? Er zijn ervaringen van mensen die nu al een herindicatie gehad hebben en daar maak ik mij zorgen over. Er zouden namelijk zorgverzekeraars zijn bij wie maar een derde van de mensen die een persoonsgebonden budget hadden, dat nu nog krijgt. Herkent de staatssecretaris dit beeld? Dit zijn mensen die onder de oude Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten succesvol een persoonsgebonden budget hadden en die het dus konden hanteren. Dan is het toch onacceptabel dat zij dit nu verliezen? Wat vindt de staatssecretaris daarvan?

Het informele tarief was voor bepaalde groepen niet toereikend. De staatssecretaris zegt in zijn brief dat verzekeraars daarom het informele tarief met enkele euro's opgehoogd hebben. Ik vind dat onduidelijk en het lijkt nogal uit de lucht gegrepen. Zijn de groepen die knelpunten ervaren daarmee tegemoetgekomen? Hoe wordt toegewerkt naar een goede en rechtvaardige regeling? Voorop moet staan dat het budget toereikend moet zijn om de zorg goed te kunnen regelen. In het algemeen overleg in december is dit ook aan de orde geweest. Zou de staatssecretaris hiervan een update kunnen geven?

GroenLinks vindt een volwaarde pgb-mogelijkheid in alle zorgwetten van cruciaal belang. Het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet mag niet het zwakke broertje zijn van de andere pgb-mogelijkheden. Dat is wat ons betreft in deze wet nu nog onvoldoende gegarandeerd. We hebben daarom zelf amendementen ingediend, maar zullen van harte steun geven aan goede amendementen van anderen die dit zullen verbeteren. Wij zullen elke verbetering steunen, want een keuze voor een pgb of voor zorg in natura moet bij de persoon zelf liggen en niet afhankelijk zijn van de vraag om welke wet het gaat of bij welke zorgverzekeraar hij verzekerd is.

☐

Mevrouw **Klever** (PVV):
Voorzitter. Vorig jaar is in dit huis de AWBZ opgeheven. De nieuwe Wmo en de nieuwe Wet langdurige zorg zijn nog netjes in de Kamer behandeld, maar over de overheveling van de verpleging en verzorging, de thuiszorg, naar de zorgverzekeraars is geen enkel debat gevoerd. Sterker nog, meerdere verzoeken van de PVV om daar een fatsoenlijk debat over te voeren, zijn afgewezen. De thuiszorg kon gewoon aan het basispakket worden toegevoegd, zo waren de reacties. Ook het recht op zorg zou blijven bestaan. Over de enorme bezuiniging waarmee dit gepaard ging en de gevolgen daarvan, kon echter niet gedebatteerd worden. Dus werden de verpleging en verzorging, de thuiszorg, overgeheveld, met alle gevolgen van dien: cliëntenstops bij zorgorganisaties, wachtlijsten voor de wijkverpleging en, het ergste van alles, stops voor de terminale thuiszorg waardoor mensen niet thuis hebben kunnen sterven.

Dit alles had voorkomen kunnen worden als we deze overheveling zorgvuldig hadden besproken. Dan had de Kamer

kunnen waarschuwen voor al die zaken die nu misgaan, want zorgverzekeraars hebben maar één doel: de zorg moet goedkoper. Deze wetswijziging is dan ook doorspekt met mantra's van de zorgverzekeraars, zoals "aansturen op zelfredzaamheid", "ontzorgen" en "gepast zorggebruik". Maar dat niet alleen, de afspraken die zijn gemaakt met de zorgverzekeraars hollen het persoonsgebonden budget volledig uit. Zo kunnen de zorgverzekeraars zelf de omvang van het pgb bepalen. Er wordt dus niet gekeken naar wat iemand daadwerkelijk aan zorg nodig heeft, maar het gaat om wat de zorgverzekeraars bereid is te leveren aan zorg. Zo mogen zorgverzekeraars extra eisen stellen aan de kwaliteit van de zorgverlener, omdat ze anders niet kunnen sturen op kwaliteit of beheersbaarheid.

Maar is het pgb er niet juist voor bedoeld dat mensen zelf de zorg in kunnen kopen op basis van kwaliteit die zij zelf het beste vinden? Met het stellen van aanvullende kwaliteitseisen wordt de basis onder het pgb weggeslagen. Zo kunnen bij AMvB regels worden gesteld over de hoogte van de vergoeding. Maar waarom is er niet voor gekozen om direct de tarieven vast te stellen? Bij iedere zorgverzekeraar kunnen de voorwaarden voor het pgb straks anders uitpakken als het gaat om de omvang van de tarieven. Met deze wetswijziging wordt net als bij de Wmo rechtsongelijkheid gecreëerd.

Wat de PVV betreft moet het pgb voor iedere burger beschikbaar zijn onder dezelfde voorwaarden en niet afhankelijk van bij welke zorgverzekeraar iemand verzekerd is. Verpleging en verzorging zijn toch gewoon onderdeel van het basispakket? Maar helaas is de hele ontmanteling een feit. Gezien de ontstane situatie willen wij dat het pgb wettelijke verankering krijgt binnen de Zorgverzekeringswet, maar dan wel fatsoenlijk. Dat wil zeggen: voor iedereen gelijk, met gelijke tarieven, zonder aanvullende kwaliteitseisen en ook zonder herindicatie voor gehandicapten die al tien jaar of langer een indicatie voor thuiszorg hebben. Deze mensen zijn een leven lang zorgafhankelijk en worden in de regel alleen maar zieker en afhankelijker van zorg, maar ze worden wel steeds weer geherindiceerd, moeten meer en meer administratie bijhouden en houden steeds minder zorg over. Ze worden er horendol van! Waarom wordt deze groep niet gelijk met deze wetswijziging vrijgesteld van herindicatie? Wij hebben daartoe een amendement ingediend. Ik hoop op brede steun hiervoor.

De zorgverzekeraars proberen mensen met een pgb steeds vaker te dwingen tot zorg in natura door van alles als "planbare zorg" te definiëren. Dit geldt zelfs voor een bezoek aan het toilet, want dat wordt nu ook al aangemerkt als planbaar. Dit doet men allemaal om te bezuinigen. Het is bezuinigen over de rug van heel zieke mensen! Hoe ziek is dat eigenlijk? Hoever gaan we?

De PVV wil het recht op pgb behouden en steunt daarom wel de wettelijke verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Ook steunt de PVV de meeste van de ingediende amendementen, die vrijwel allemaal beogen het recht op het pgb beter en volwaardiger te verankeren. Maar de overheveling van verpleging en verzorging naar de zorgverzekeraars maakt meer kapot dan ons lief is. Het zou daarom beter zijn als de Kamer net als de PVV tot het inzicht kwam dat we deze overheveling terug moeten draaien.

☐

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Voorzitter. Een persoonsgebonden budget is dé manier om patiënten, cliënten en andere betrokkenen de regie in handen te geven. Via een pgb worden mensen opdrachtgever en eigenaar van de zorg die zij nodig hebben, waardoor optimale keuzevrijheid mogelijk is. Ze kunnen namelijk zelf hun zorg en zorgverlener selecteren. D66 staat pal achter het instrument van het persoonsgebonden budget. Momenteel ontbreekt nog een wettelijke verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Daar gaat dit debat over.

In de zomer van 2013 werd in de motie van D66, ChristenUnie en GroenLinks al gevraagd om de bouwstenen van een pgb in de Zorgverzekeringswet. Het streven was om de verankering per 1 januari 2016 mogelijk te maken. De staatssecretaris wilde dit ook, maar helaas is dat niet gelukt. D66 was daarom blij dat er wel bestuurlijke afspraken zijn gemaakt om te kunnen werken met een pgb in de Zorgverzekeringswet. Zoals andere collega's ook hebben gezegd, betekent dit dat we al kunnen leren van de ervaringen uit de praktijk. In april komen de eerste resultaten naar de Kamer. De staatssecretaris stuurde ook een brief naar de Kamer waarin hij al enige inzage gaf in de eerste cijfers van de quickscan. De uitgebreide evaluatie komt later naar de Kamer, maar ik kan me niet voorstellen dat de staatssecretaris niet al meer erover weet. Wat zijn de resultaten na één jaar eigenlijk?

Een jaar na het bestuurlijk akkoord hoor ik van alle kanten dat de toegang nog niet goed is geregeld. Zorgverzekeraars interpreteren de afspraken verschillend. Ze zeggen vaak dat dingen nog uitgekristalliseerd moeten worden. Uiteindelijk is de verzekerde er de dupe van. Ik maak mij zorgen over de positie van de zorggebruiker. Waar ga je bijvoorbeeld heen als de aanvraag voor een pgb wordt afgewezen? Wie is de onafhankelijke derde die de aanvraag nogmaals kan bekijken? In de brief stipt de staatssecretaris de mogelijkheden voor klachten en geschillen aan. Wanneer verwacht de staatssecretaris de behandelrichtlijn van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeraars (SKGZ), voor zaken die een pgb in de Zorgverzekeringswet betreffen? Het is belangrijk dat wij dit snel gaan regelen.

De staatssecretaris zegt ook dat hij de procedure wil verkorten. Mijn fractie vindt het onduidelijk hoe we dat met elkaar gaan realiseren. Is er extra inzet nodig? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de procedures worden versneld?

Wij krijgen allemaal heel veel mailtjes van mensen met hun praktijkervaringen. We zien dat de uitvoering van het pgb in de Zorgverzekeringswet nog de nodige aandacht behoeft. Het lijkt wel of zorgverzekeraars koudwatervrees hebben, maar daar vind ik het echt te laat voor. De zorgverzekeraars hebben deze opdracht aangenomen. Zij wisten dat een grote meerderheid van de Kamer een wettelijke verankering wilde. Ik vind het wat verontrustend dat daar toch zo moeilijk over wordt gedaan. De verontrustende signalen gaan vooral over de manier waarop de zorgverzekeraars de pgb-regeling uitvoeren. Wij erkennen dat er ook zorgverzekeraars zijn die hiermee wat beter, gemakkelijker en klantgerichter omgaan. De rode draad is echter dat er te veel sprake is van willekeur. D66 wil niet dat de verzekerde daar de dupe van wordt. We moeten ervoor zorgen dat de systematiek passend wordt en blijft: van systemen naar

mensen. Mensen mogen er dan ook niet op achteruitgaan doordat de Kamer heeft besloten dat persoonlijke verzorging en verpleging overgaan van de AWBZ naar de zorgverzekeraars. Mensen hebben immers niet om deze wijziging gevraagd; dat heeft de Kamer in meerderheid gedaan.

Het indicatieproces zou eenduidig en objectief moeten zijn. Is hiervoor een speciaal model ontwikkeld? Ik vraag dit omdat wij regelmatig signalen krijgen dat een pgb binnen de Zorgverzekeringswet wordt afgewezen, terwijl de aanvrager voorheen wel gewoon een pgb kreeg. Wat is hiervoor de reden? Komt dit doordat er te veel extra eisen worden gesteld door de zorgverzekeraars? Wij hebben het al vaker gehoord, maar ik heb echt het idee dat zorgverzekeraars zich verschuilen achter planbare zorg. Mijn collega van de PVV zei dat ook net: zelfs naar het toilet gaan wordt gezien als planbare zorg. Mensen met verstikkingsgevaar of mensen die hulp nodig hebben bij allerlei zaken waarvan je zeker weet dat je die niet kunt plannen, krijgen dit ook te horen. Deze mensen hebben flexibiliteit nodig. Daarom hebben zij gekozen voor een persoonsgebonden budget. Daarom onderschrijft D66 het amendement waarin deze flexibiliteit gewaarborgd is, het amendement op stuk nr. 18, een prachtig amendement.

De staatssecretaris heeft een mooie brief gestuurd over de quickscan die hij heeft laten uitvoeren onder zorgverzekeraars. Als je die brief leest, lijkt het net alsof er helemaal geen problemen zijn. Wij hebben nog niet het uitgebreide onderzoek, maar de waarheid zal waarschijnlijk ergens in het midden liggen. Daarom ben ik heel benieuwd welke definitie van planbare zorg de staatssecretaris hanteert. Hoe communiceert hij die aan de zorgverzekeraars?

D66 heeft een aantal amendementen ingediend om de synchroniteit tussen alle zorgwetten op het gebied van het pgb te vergroten. Wij hebben ons best gedaan om in alle wetten, de Wmo, de Wlz en de Jeugdwet, te zorgen voor een goede verankering van een volwaardig pgb. Alles overziend en de praktijk van het afgelopen jaar in ogenschouw nemend, kan mijn fractie niet anders dan concluderen dat wij het met elkaar beter moeten regelen. Mensen moeten er niet op achteruitgaan. Daarom is het belangrijk dat wij een aantal wettelijke waarborgen hebben, net als in de Wmo, de Wlz en de Jeugdwet. Daarom heeft mijn fractie het amendement op stuk nr. 25 ingediend, waarmee wij de toegangscriteria voor een pgb in de Zorgverzekeringswet zo veel mogelijk gelijktrekken met die voor een pgb in de Wlz. Andere collega's hebben ook amendementen over toegangscriteria ingediend. Het ene gaat wat verder, het andere wat minder ver, maar dit is wel een duidelijk signaal voor de staatssecretaris dat er behoefte is om die toegang beter en dus wettelijk te verankeren.

Mijn fractie vindt dat die wijzigingen ook bijdragen aan een betere toegankelijkheid en meer duidelijkheid voor de betrokkenen. Mensen moeten weten waar zij aan toe zijn. Maandagavond hebben wij een reactie gekregen op onze amendementen. Uit de onderbouwing werd mij niet helemaal helder wat de belangrijkste argumenten waren om bijvoorbeeld tegen ons amendement op stuk nr. 25 te zijn. De staatssecretaris gaf aan dat dit in strijd zou zijn met de bestuurlijke afspraken. Dat lijkt mij niet echt een steekhoudend argument, want je hebt eerst een wet en vervolgens maken mensen daar pas afspraken over. Ik vond dit dus niet het meest overtuigende argument. Waarom zou het volgens de staatssecretaris verkeerd zijn om de toegangscriteria van de Wlz op te nemen in de Zorgverzekeringswet? Graag een reactie. Verder horen wij het geluid dat dit juist zou leiden tot ongelijkheid in de positie van verzekerden. Dat kan toch niet? Als je de leveringsvorm gelijktrekt en de toegangscriteria wettelijk verankert, leidt dat toch juist tot gelijkheid in plaats van ongelijkheid?

Daarnaast heeft D66 nog een aantal andere amendementen ingediend, onder meer over onafhankelijke cliëntenondersteuning. Het budget daarvoor moet toereikend zijn. Ook wil D66 dat het pgb echt een alternatief is voor zorg in natura.

Wie is er verantwoordelijk als er in de toekomst knelpunten of onduidelijkheden zijn rondom het pgb in de Zorgverzekeringswet? Kan de staatssecretaris voor mijn fractie uiteenzetten hoe die verantwoordelijkheidsverdeling eruitziet?

D66 begrijpt dat er controle moet zijn om het pgb goed te laten functioneren. Wij zijn ook groot voorstander van het aanpakken van fraude, want zorggeld moet terechtkomen bij de mensen die het nodig hebben. Toch maken sommige verzekeraars het wel erg bont met allerlei regels. De regeldruk is op dit moment gewoon te groot. Dat hebben wij in meerdere debatten aangegeven, maar het lijkt maar voort te blijven duren. Dat geldt nu ook weer bij het onderwerp pgb in de Zorgverzekeringswet. Wat gaat deze staatssecretaris daar op korte termijn aan doen?

Wij hebben ook veel schriftelijke vragen gesteld over intensieve kindzorg. Op basis van de vragen van de PvdA, de ChristenUnie en D66 komt er een apart algemeen overleg over intensieve kindzorg. Daaruit blijkt ook wel dat er veel bureaucratie en veel onduidelijkheden zijn. Afgelopen week hadden wij een mooi werkbezoek waarin dat nog eens werd bevestigd. Het pgb binnen de Zorgverzekeringswet kan onder andere worden ingezet voor verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg. Dan hebben wij het over intensieve kindzorg, medisch specialistische verzorging thuis of terminale kindzorg. Hoe waarborgen wij de kwaliteit in deze verschillende vormen? De kwaliteit is namelijk ook een verantwoordelijkheid. Terminale zorg kan kortdurend en niet planbaar zijn, maar de staatssecretaris stelt nu dat het pgb in de Zorgverzekeringswet in eerste instantie niet bedoeld is voor een situatie waarin de terminalezorgvraag op zichzelf staat en kortdurend is. Dat roept verwarring op bij mijn fractie, omdat de staatssecretaris ook zegt dat het niet de bedoeling is dat de verzekerde met een behoefte aan palliatieve terminale zorg in aanmerking kan komen voor een pgb in de Zorgverzekeringswet, ook als de zorgvraag korter is dan een jaar. Dat lijkt tegenstrijdig. D66 vindt dat ook in de terminale fase pgb een belangrijke rol kan spelen.

Als een partner, familielid of mantelzorger voorbehouden handelingen kan en wil uitvoeren, verlangt de zorgverzekeraar hiervoor een machtiging van een BIG-geregistreerde, een wijkverpleegkundige bijvoorbeeld. Sommige verpleegkundigen worstelen ermee om die machtiging af te geven, omdat ze er feitelijk verantwoordelijk zijn voor, maar niet betrokken zijn bij de manier waarop die zorg wordt geleverd. Als er geen machtiging wordt getekend, krijgt de patiënt geen pgb toegekend. Dat is iets wat wij niet willen. Herkent de staatssecretaris deze situatie? Wat gaat hij eraan doen?

Een andere vraag is aan welke eisen een ouder en/of mantelzorger moet voldoen, naast de verklaring van een profes-

sional, om voorbehouden handelingen te mogen uitvoeren, zoals beschreven in het zogenaamde uitvoeringsverzoek. Wij begrepen dat sommige verzekeraars daar echt ver in gaan en dat je bijna een professional moet zijn. Daar zit nog heel veel tussen. Hoe gaan wij daarmee om? Vragen wij niet het onmogelijke? Wij willen aan de andere kant ook dat er bij informele zorg kwaliteit wordt geleverd. Ik zie aan de staatssecretaris dat hij die andere kant ook herkent. Ik heb nog een andere vraag over dit onderwerp. Als wij het hebben over de verklaring van de professional, zijn er dan voor het uitvoeringsverzoek, dat vanuit de zorgverzekeraars komt, standaarden? Of kan iedere zorgverzekeraar weer andere eisen stellen? Graag hier duidelijkheid over.

Dan nog de gebruikelijke zorg. Het kan zijn dat de partner de zorgverlener van de patiënt is, bijvoorbeeld als de partner zijn of haar baan heeft opgezegd om voor de ander te zorgen. Daar zit natuurlijk ook de factor "gebruikelijke zorg" in. Hoe wordt daarmee omgegaan? Waar ligt de grens? Ik merk in de praktijk dat hier veel onduidelijkheid over bestaat. Ik ontvang ook signalen dat verzekerden bij verschillende verpleegkundigen een andere indicatie kunnen krijgen en dat er nog steeds verwarring is over welke zorg waar hoort. Er worden nog steeds fouten gemaakt, vanuit de Wmo, door verpleegkundigen en ook het CIZ worstelt ermee. Het is lastig, want soms voel je als ouder dat je van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Hierover bestaat nog veel onduidelijkheid. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de intensieve kindzorg. Ik krijg graag duidelijkheid van de staatssecretaris over hoe hij hiermee omgaat.

Een budgethouder krijgt te maken met een heleboel tarieven: rekentarieven, NZa-tarieven, maximumtarieven en nog andere tarieven. Dit is voor de budgethouder best onnavolgbaar. D66 vindt het belangrijk dat mensen precies begrijpen waar ze aan toe zijn. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat dat soort dingen transparanter zijn voor budgethouders?

Tot slot. Dit debat draait om één ding en dat is de wettelijke verandering van een volwaardig pgb in de Zorgverzekeringswet. Mijn partij heeft een aantal amendementen ingediend om dat te verbeteren. Collega's hebben dit ook gedaan. Ik hoop dat we vandaag met elkaar stappen kunnen maken, want uiteindelijk gaat het over mensen en die verdienen het om waarborgen te hebben, ook aan de voorkant.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik heb een technische vaag over het amendement op stuk nr. 30. In het amendement van mevrouw Bergkamp over het aanvragen van een pgb staat dat deze desgevraagd zou moeten worden toegekend door zorgverzekeraars. Zij wil hieraan het woordje "altijd" toevoegen. De tekst wordt dan: "pgb altijd desgevraagd toegekend". Uit de toelichting op het amendement blijkt heel duidelijk dat er ook keuzevrijheid moet zijn. De verzekerde moet door de zorgverzekeraar altijd de mogelijkheid voorgelegd krijgen om wel of niet te kiezen voor een pgb. Als ik dan kijk op welke manier zij de tekst van het wetsvoorstel wijzigt, heb ik het gevoel dat deze hier niet helemaal aan tegemoetkomt. Ik zou graag een verduidelijking willen op dit punt, omdat wij beiden hechten aan keuzevrijheid voor de verzekerde.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik dank mevrouw Dik-Faber voor het stellen van deze vraag. Het doel van dit amendement is inderdaad dat er voor de budgethouder altijd een keuzemogelijkheid is voor zorg in natura of een pgb en dat de zorgverzekeraar ook altijd die vraag stelt. Dat is de reden geweest om dat woord toe te voegen. Mevrouw Dik-Faber weet zelf dat het bij het Bureau Wetgeving soms een beetje worstelen is hoe je dat in precieze terminologie gaat verwoorden. Wij zijn erop uitgekomen dat de vraag altijd gesteld moet worden en dat het niet afhankelijk mag zijn van de verzekeraar.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik zou mij kunnen voorstellen dat het woordje "desgevraagd" vervalt om dit doel te bereiken. Maar goed, dat is een technische uitwerking. Het viel mij op dat de staatssecretaris in zijn reactie op de amendementen zei dat "desgevraagd" wat hem betreft betekent dat iemand niet tegen zijn zin een pgb krijgt. Daarover zijn wij het natuurlijk allemaal eens. D66 en de ChristenUnie vinden het belangrijk dat er altijd een reële keuze wordt voorgelegd aan de verzekerde.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik ben het helemaal eens met mevrouw Dik-Faber; vandaar de toevoeging van het woord "altijd". Omdat heel veel amendementen door de staatssecretaris werden ontraden, was ik wel blij dat dit amendement "oordeel Kamer" kreeg.

Mevrouw **Leijten** (SP):
In al die zorgveranderingen die we hebben gehad, is het een motie van mevrouw Bergkamp geweest die heeft geleid tot dit wetsvoorstel. Op het moment dat de wijkverpleging naar de zorgverzekeraar gaat, zouden wij ook een persoonsgebonden budget moeten krijgen in de Zorgverzekeringswet. Nu spreken wij over die verankering. Als D66 nu alles langsloopt en de wet goed bekijkt, vindt zij dan dat dit feitelijk een verankering is?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Het is een wettelijke verankering, maar ik vind het nog geen volwaardige wettelijke verandering. Dat is ook de reden geweest waarom wij een belangrijk amendement hebben ingediend, namelijk op stuk nr. 25. Daarin hebben wij aangegeven dat het belangrijk is om in deze wet dezelfde toegangscriteria op te nemen als die in de Wlz. Wij vinden dat een belangrijk amendement. Het is een wettelijke verankering. Ik tel ook mijn zegeningen, want er was een tijd dat er absoluut niet over gesproken mocht worden. Ik denk wel dat er nog ruimte is om zaken te verbeteren.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Je kunt opschrijven dat je ergens recht op hebt. Maar als een zorgverzekeraar alles mag uithollen, dan heb je misschien wel een pgb. Als daar echter geen geld tegenover staat of als het je geweigerd mag worden om iedere reden, dan heb je het eigenlijk niet verankerd. Als die toelatingscriteria goed geregeld zijn en voor iedere zorgverzekeraar gelijk zijn, is dat dan voldoende? Of moet daar dan ook tegenover staan dat zorgverzekeraars zijn gehouden aan bijvoorbeeld het betalen van een basistarief om te voorkomen dat je misschien wel een pgb krijgt, maar te weinig geld krijgt om kwalitatief goede zorg in te kopen?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Dat is ook de reden waarom wij een amendement hebben ingediend dat uitgaat van een toereikend pgb. Dat heeft trouwens helaas geen "oordeel Kamer" gekregen. Wij hadden er wel behoefte aan om dat via een amendement te vertalen. Het is een wettelijke verankering, maar ik zie zeker mogelijkheden tot verbeteringen. Dat is ook de reden waarom ik serieus zal kijken naar de amendementen van mijn collega's, want die hebben datzelfde doel.

☐

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Mevrouw de voorzitter. Het goede nieuws van vandaag is hopelijk dat wij na jaren trekken en duwen nu gaan regelen dat mensen in de Zorgverzekeringswet ook recht krijgen op een persoonsgebonden budget. Toch is er nog niet een algehele hoerastemming in de Kamer aanwezig. Dat heeft ermee te maken dat het gevoel toch is dat het nog onvoldoende hard is geregeld in de wet die wij nu hebben gekregen van het kabinet. Sterker nog, het is eigenlijk een redelijk bescheiden wetje. Inmiddels zijn er meer dan twintig amendementen ingediend. Dat is best bijzonder. Ik dacht: hoe komt dat nou eigenlijk? Ik vond dat mevrouw Voortman een mooie typering had voor het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet: een vreemde eend in de bijt. Dat is en blijft het in zekere zin wel. Je komt het ook in het advies van de Raad van State tegen. Ook zorgverzekeraars geven het aan. Zij vragen zich af of het instrument van het persoonsgebonden budget wel helemaal past in de Zorgverzekeringswet, die toch een privaatrechtelijke verzekering betreft. Het is niet echt een gespreid bedje in die Zorgverzekeringswet.

Als je daar te veel op inlevert, zeg je aan de andere kant weer: nu raken we het karakter van het persoonsgebonden budget kwijt; het is toch wel de bedoeling dat die flexibiliteit, die keuzevrijheid en die eigen regie goed uit de verf komen. Dan roept het terecht weer vragen op of wat we in die Zorgverzekeringswet zien terugkomen nog wel een volwaardig pgb is.

"Een vreemde eend in de bijt" klinkt misschien niet helemaal aardig, maar je kunt het ook wat mooier zeggen. In juridisch jargon kun je plechtig zeggen dat het een regeling sui generis is, die enig is in zijn soort. Daarmee heb je een zekere vrijheid om het zo goed mogelijk en zo praktisch mogelijk te regelen. Je moet dus niet te zwaar tillen aan de argumenten van de zorgverzekeraars dat het niet helemaal in het systeem past, en dat het eigenlijk net wat anders zou moeten, of dat het niet precies het persoonsgebonden budget is zoals het in andere wetten zit. Dat is allebei waar, maar laten we het karakter van het persoonsgebonden budget zo goed mogelijk uit de verf laten komen in de wat bijzondere context van de Zorgverzekeringswet en laten we van die vreemde eend in de bijt een heel mooie regeling sui generis maken.

Hoe zou je dat dan zo goed mogelijk kunnen regelen? Daarvoor zijn een aantal amendementen ingediend. Ik dank de staatssecretaris voor de schriftelijke reactie. Het helpt de debatten verder dat we gelijk heel concreet over teksten, alternatieve formuleringen en aanpassingen kunnen spreken. Die komen natuurlijk ook voort uit de behoeften uit de afgelopen periode waarin in de praktijk is gewerkt met dat persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Daar zijn de nodige klachten uit voortgekomen. Veel mensen die zorg nodig hebben, hebben het simpelweg als te rigide, te weinig flexibel en te weinig zekerheid biedend ervaren. Daar hebben we vanmiddag de voorbeelden van gehoord rond planbare zorg en dergelijke. Er blijft een beetje spanning in zitten: hoeveel regie heeft nou de zorgverzekeraar en hoeveel regie hebben de mensen die zorg nodig hebben? Dat is onvermijdelijk. Als het gaat om hoe je het beter kunt regelen ligt onze sympathie vooral bij de mensen die zorg nodig hebben, bij het karakter van het persoonsgebonden budget. Dat moet natuurlijk allemaal zijn onder de randvoorwaarde dat de vormgeving van amendementen niet zodanig is dat er allemaal financiële gevolgen aan verbonden kunnen worden waardoor het niet meer beheersbaar is. We hechten ook aan die financiële degelijkheid als randvoorwaarde. Die hoeft wat ons betreft zeker geen gevaar te lopen met heel veel amendementen die nu voorliggen, juist als je in de praktijk hoort dat goedkopere varianten van het persoonsgebonden budget niet gehonoreerd zijn door zorgverzekeraars. Daarbij is het argument van de kostenbeheersing dus niet leidend geweest, maar meer een gebrek aan flexibiliteit om in te spelen op de wensen van de mensen die die zorg nodig hebben.

Kort en goed komt het erop neer dat ik graag mijn eigen met anderen ingediende amendementen wil toelichten. Andere collega's doen dat natuurlijk voor hun amendementen. Ik zal me kortheidshalve op die amendementen richten. In de eerste plaats is dat het amendement op stuk nr. 11 dat eigenlijk zegt: je zou eenduidige toegangscriteria duidelijk moeten vastleggen bij Algemene Maatregel van Bestuur. Dat is ons voorstel. Dat kan ook meer rechtszekerheid bieden. We hebben dit amendement met mevrouw Voortman ingediend om die gelijke toegang tot het Zvw-pgb voor alle verzekerden te garanderen. Anders dan in de reactie op dit amendement wordt gezegd, is mijn fractie van mening dat dit niet een heel verstrekkend amendement is dat de wet heel anders maakt en dat het geen beperking voor maatwerk oplevert. Het biedt vooral meer helderheid en eenduidigheid, zodat iedereen uiteindelijk weet waar hij aan toe is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik ben het op dat punt met de heer Van der Staaij eens. Het amendement op stuk nr. 11 is een goed amendement waarin betere rechtswaarborgen worden gegeven voor mensen die een persoonsgebonden budget nodig hebben. Ik heb er nog wel een vraag over. De indiener heeft het over het verduidelijken van de toegangscriteria en het bieden van meer rechtszekerheid. Een van de problemen waar ik als CDA'er tegen aanloop en waar ook veel budgethouders tegen aanlopen, is dat er nul flexibiliteit zit in wat planbare en niet-planbare zorg is. Sommige zorgverzekeraars leggen dat ontzettend streng en rigide uit. Zijn planbare en niet-planbare zorg ook onderdeel van dit amendement in die zin dat ook daar rechtszekerheid over moet bestaan en dat niet die heel strenge eisen worden gebruikt, zoals toiletgang, waar mevrouw Leijten het over had?

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik herken dat inderdaad als een belangrijk knelpunt, dus het antwoord is ja. Conform dit amendement zou er zeker meer duidelijkheid moeten worden geboden over wat daaronder verstaan wordt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik herkende de heer Van der Staaij weer als jurist met zijn "sui generis". De laatste keer dat ik dat hoorde was in de banken van de universiteit en dat is alweer een tijdje geleden. Wil hij daarmee ook in de Zorgverzekeringswet de ruime toegang voor elkaar krijgen die bestaat binnen de Wet langdurige zorg als het gaat over planbare en nietplanbare zorg? Hoe kijkt hij daartegen aan?

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Daar ben ik het mee eens. Dat kan ik bevestigen, ja.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dit amendement van de SGP- en de GroenLinksfractie is zeker een stap vooruit ten opzichte van de huidige wet omdat daar een kanbepaling in staat als het gaat om een Algemene Maatregel van Bestuur. Dit amendement zegt: wij gaan sowieso aan de slag met een Algemene Maatregel van Bestuur om de toegangscriteria vast te leggen. Waarom wil hij dat regelen in een Algemene Maatregel van Bestuur en niet in de wet, zoals wij dat ook bij de Wet langdurige zorg gedaan hebben?

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Het argument om hier te kiezen voor een Algemene Maatregel van Bestuur is om aan te sluiten op de systematiek in het voorstel zoals dat nu voorligt. Daar staat inderdaad een kanbepaling in. Door ervoor te kiezen het in een Algemene Maatregel van Bestuur vast te leggen in plaats van in de wet, heb je iets meer flexibiliteit en kun je zaken gemakkelijker aanpassen als dat nodig is in de praktijk. In deze context moet een en ander zich nog wat meer uitwijzen dan met de formele wet. Zo heb je iets meer flexibiliteit om een en ander aan te passen op de praktijk.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dat begrijp ik wel, maar wij hebben al wel een jaar ervaring met het pgb in de Zorgverzekeringswet. Wij zien dat er heel veel discussie is over de toegang. In de Wet langdurige zorg zijn de criteria helder verwoord. Dus waarom zouden wij een en ander niet in de wet verankeren voor een stukje rechtszekerheid van verzekerden? Bij de Wlz hebben wij dat wel gedaan en werkt het goed. Bij de Zorgverzekeringswet wordt dan toch een andere keuze gemaakt. Ik kan dat nog niet helemaal goed begrijpen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik begrijp de vraag, maar aansluiten op de systematiek in het voorliggende wetsvoorstel en makkelijker dan via een wat omslachtigere wetswijziging kunnen inspelen op de praktijk, zijn voor mij belangrijke argumenten om voor deze vorm te kiezen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
De heer Van der Staaij heeft bij de behandeling van het VN-verdrag voor mensen met een handicap een belangrijke rol gespeeld door tussen twee uitersten een brug te bouwen, kan ik mij nog herinneren. Zo interpreteer ik zijn amendement om het via een Algemene Maatregel van Bestuur te regelen ook, want er is heel veel commotie over het in de wet opnemen van toegangscriteria. Ik sluit mij aan bij de vragen van mevrouw Dik-Faber: zou dat niet beter zijn of heeft de SGP-fractie gekozen voor het politiek-strategisch meest haalbare scenario?

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Het was niet zozeer de gedachte dat de wet eigenlijk het allermooiste zou zijn, maar als het moet dan maar een AMvB als een soort tussenvariant. Maar de eerste gedachte om het zo te doen, was inderdaad dat daarmee meer aansluiting kan worden gezocht bij het voorstel zoals het daar lag. Verder is het bij een meer gedetailleerde uitwerking van de eisen waaraan moet worden voldaan, niet vreemd om aan een AMvB te denken. Ik dacht dus niet direct: dat moet in de wet worden geregeld. Ik dacht eerlijk gezegd eerder aan een AMvB dan aan de wet.

De **voorzitter**:
Mevrouw Bergkamp, tot slot.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Betekent dit ook dat de SGP amendementen waarin die toegangscriteria wel worden opgenomen in de wet niet gaat steunen?

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Dit is zoals ik het zelf verdedig en heb ingebracht. Maar ik luister natuurlijk heel goed naar de discussie die daarover verder wordt gevoerd. Dit is voor mij geen punt dat in beton is gegoten. Je kunt ook zeggen "bij of krachtens" en het kan ook alleen "bij" zijn; daarin zijn allerlei varianten mogelijk. Het belangrijkste politieke punt is voor mij de vraag of je het privaatrechtelijk of publiekrechtelijke wilt doen. Dát vind ik het allerbelangrijkste punt. Op welk niveau dat plaatsvindt, vind ik eerlijk gezegd van ondergeschikt belang.

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Flexibel kunnen organiseren van de zorg, zodat deze aansluit bij het leven dat mensen willen leiden, is de essentie van het pgb. Dat lijkt evident, maar toch hoor je dat in de afgelopen periode de mensen die die zorg nodig hebben in de praktijk tegen allerlei barrières aanlopen. In het amendement op stuk nr. 18 wordt daarom verhelderd dat de verzekerde het pgb zelf kan en mag afstemmen op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden. Nietlimitatief gaat het hier bijvoorbeeld om het kunnen schuiven tussen vormen van zorg, zoals verpleging, verzorging en andere diensten die samenhangen met de wijkverpleging. Verder noem ik het kunnen opvangen van pieken en dalen in de zorgbehoefte gedurende het jaar. Ik ben blij met het positieve oordeel van de staatssecretaris op dit amendement. Ik herken me overigens niet in de constatering dat het voorbeeld uit de toelichting op het schuiven tussen de zorgvormen geen goed voorbeeld zou zijn. Want hoewel het in theorie inderdaad zo is dat het pgb in de Zvw maar gaat over één vorm van zorg, namelijk verpleging en verzorging, hoor je uit de praktijk dat er toch wel degelijk heel

gedetailleerd wordt gekeken naar het aantal uren verpleging of verzorging en dat er ook dan schotten worden gecreëerd. Die willen we juist voorkomen. Vandaar dit amendement.

Naast het goed regelen van de toegangscriteria en flexibiliteit vindt de SGP het ook heel belangrijk dat het budget gegarandeerd toereikend is om de benodigde zorg in te kopen. Daarmee wordt het pgb pas echt een volwaardig alternatief voor zorg in natura. Samen met mevrouw Bergkamp hebben we een amendement ingediend dat regelt dat de hoogte van het pgb toereikend moet zijn. De staatssecretaris ontraadt dat amendement, omdat daarmee volgens hem de indruk ontstaat dat een ruimere uitleg wordt beoogd dan al met de zorgplicht is geborgd, wat een financieel risico oplevert. Ik zou denken dat de toelichting op het amendement op dit punt helder is en dat juist de wettekst op dit punt in overeenstemming wordt gebracht met de Wmo. Graag een reactie. Waar je anders doet in de pgb-vormgeving dan ten opzichte van andere wetten roept dat weer de vraag op of het kwalitatief minder of anders is. Vandaar dat we de plicht hebben om, waar we het overal anders doen, dat goed te motiveren, wil het niet verkeerd uitgelegd worden.

Het amendement op stuk nr. 14 heeft betrekking op de mogelijkheid van bijbetalen. Verzekerden moeten de mogelijkheid krijgen om zelf bij te betalen wanneer het tarief van de door hen gewenste zorgverlener hoger ligt dan de door de zorgverzekeraar voorgestelde vergoeding. Ik ben blij dat de staatssecretaris het oordeel over dit amendement aan de Kamer overlaat. Wij denken dat het echt een nuttige functie kan vervullen, omdat we afgelopen jaren diverse keren hoorden dat verzekeraars een pgb helemaal weigerden als de zorg met pgb duurder was dan gecontracteerde zorg in natura. Vandaar dat wij ook de behoefte hebben om dat op deze manier expliciet tot uitdrukking te brengen.

Dan heb ik nog twee vragen die geen betrekking hebben op het amendement, maar die bij ons zijn gerezen omdat we willen weten hoe het nou zit. De eerste vraag gaat over loondoorbetaling bij ziekte. Wie is daar verantwoordelijk voor in het geval van een persoonsgebonden budget? Is dat de patiënt of de verzekeraar? Tweede punt is het pgb bij restitutie. Waarom niet vooraf een vergoeding geven waarmee verzekerde zorg kan worden ingekocht? Is de huidige manier, waarbij het via restitutie is geregeld, geen drempel voor mensen met een laag inkomen? Tot slot sluit ik me kortheidshalve aan bij de vragen van mevrouw Bergkamp over welke ruimte er is voor het persoonsgebonden budget bij de palliatieve terminale zorg.

☐

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Voorzitter. Als je zorg nodig hebt, wil je wel graag grip houden op je eigen leven. Je wilt zelf bepalen wanneer je opstaat, zelf bepalen wie er aan je lijf komt en zelf bepalen wie er dicht bij je ernstig zieke kind is. Daarvoor is het belangrijk dat je grip hebt op de zorg die je nodig hebt. Veel mensen regelen dat met een zorgaanbieder in de buurt via zorg in natura. Dat is prima, maar een grote groep mensen regelt zijn zorg liever zelf met een persoonsgebonden budget. De PvdA vindt het pgb een ontzettend mooie manier waarop mensen zelf hun eigen zorg kunnen organiseren. Misschien is het wel juist bij zorg aan je lijf, verpleging en verzorging belangrijk dat je er ook zelf over gaat. De PvdA wil het pgb dan ook in de Zorgverzekeringswet vastleggen. Met het pgb in het Zvw hebben we het pgb uiteindelijk in alle zorgwetten vastgelegd en dat is een bijzonder moment.

De afgelopen jaren heb ik veel gesproken met mensen die hun zorg met een pgb regelen. Ik denk aan die student met een hoge dwarslaesie die in een studentenhuis woont. Hij huurt met een pgb deels professionele verpleegkundigen in, maar gebruikt een deel van zijn pgb ook om af en toe medestudenten in te kunnen huren. Die doen overigens ook al veel voor hem vrijwillig. Ik denk ook aan ouders van kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben. Vaak is een ernstig ziek kind in huis al best ingewikkeld. Dan is het belangrijk dat je met de verpleegkundigen die over de vloer komen kunt lezen en schrijven, zodat je een nog zo normaal mogelijk gezinsleven hebt. Met een pgb bepaal je dat helemaal zelf. Ik denk ook aan zorgcoöperaties, die soms geregeld worden doordat mensen hun pgb's bij elkaar leggen. Zo kunnen mensen die vaak zelfs heel intensieve zorg nodig hebben gewoon in hun eigen dorp blijven wonen en hoeven ze niet te verhuizen naar een instelling in een stad verderop.

Wat laat dit zien? Wat de PvdA betreft moet het pgb goed geregeld worden, omdat het veel mensen precies de zorg geeft die bij hun leven past en zij die zorg zelf kunnen organiseren. Het gaat om verpleging en verzorging. Zorg aan je lijf is zorg die heel dicht bij iemand komt. We hebben inmiddels een jaar ervaring met het pgb door zorgverzekeraars zonder dat het een wettelijke grondslag heeft. Mevrouw Voortman zei dat we nu in de gelegenheid zijn om iets te evalueren voordat het een wettelijke bepaling is. Dat is bijzonder. Daardoor kunnen we ervaren wat er goed gaat en wat we beter moeten regelen dan in de huidige praktijk het geval is. Ik hoor positieve verhalen, maar ik hoor ook van problemen die moeten worden opgelost. In dat verband wil ik drie onderwerpen bespreken. Hoe zorgen we voor een goede toegang tot het pgb in de Zorgverzekeringswet? Is de hoogte van het budget toereikend, is het geld voldoende dat je krijgt om zorg te kunnen inkopen? En hoe regelen we dat er voldoende flexibiliteit is?

Ik begin met de vraag hoe we de toegang tot het pgb in de Zorgverzekeringswet goed regelen. Voor de PvdA zijn zorg in natura en pgb gelijkwaardige alternatieven. Je ziet nu echter enorme verschillen in de manier waarop zorgverzekeraars pgb's toekennen of afwijzen. De ene zorgverzekeraar kent het pgb gewoon toe als iemand goed uitlegt waarom het pgb zo belangrijk voor hem of haar is, terwijl de andere zorgverzekeraar heel terughoudend is en bijna elk verzoek afwijst, zelfs van mensen die al jarenlang naar volle tevredenheid hun zorg met een pgb organiseren. Obstakel daarbij is het woord "planbaar"; dat hebben we vandaag al vaak gehoord. Als zorg planbaar is, zou een pgb niet nodig zijn. Dat is natuurlijk onzin. Overigens wordt toiletbezoek door sommige zorgverzekeraars al als planbare zorg beschouwd. Uit de brief van Per Saldo begrepen we dat in sommige gevallen zelfs verstikkings- of verslikkingsgevaar als planbaar wordt aangemerkt. Met de grootste fantasie kun je dat toch geen planbare zorg noemen. Zulke verschillen tussen zorgverzekeraars kunnen we natuurlijk niet accepteren.

De officiële monitor komt pas in april. Toch zijn er al talloze signalen en voorbeelden van vreemde afwijzingen van pgb's en van grote verschillen tussen zorgverzekeraars.

Herkent de staatssecretaris deze verschillen in de toekenning van pgb's? En wat vindt hij daarvan? Vindt hij dat net als de PvdA ongewenst? En wat vindt hij ervan dat sommige verzekeraars planbare zorg uitsluiten van een pgb?

Wat de PvdA betreft leggen we helder vast wanneer je wel of niet in aanmerking komt voor een pgb. Dat mag, of moet misschien zelfs wel, streng aan de voorkant. Je moet wel een pgb kunnen beheren. In de Wmo, de Jeugdwet en de Wlz hebben we de toegangscriteria voor een pgb inmiddels vastgelegd. Dan is het logisch om dat ook in de Zorgverzekeringswet te doen. Er staat dan duidelijk wanneer iemand recht heeft op een pgb. Het creëert zekerheid over de toegang tot het pgb. Mensen moeten dan bovendien worden gewezen op wat een pgb inhoudt, zodat ze ook een bewuste keuze kunnen maken in dat bewustekeuzegesprek. Zorgverzekeraars kunnen dan in hun reglementen geen aanvullende eisen meer stellen. Het voordeel is dan bovendien dat je samenhang in wetgeving creëert. Ook in de brief van zorgverzekeraar DSW werd dit een groot voordeel genoemd. Als in verschillende wetten steeds verschillende bepalingen gelden, dan is dat niet handig, niet voor mensen, niet voor uitvoerende instanties en niet voor een integraal pgb. Toch lees ik dat de staatssecretaris de amendementen waarmee dit wordt geregeld, ontraadt. Kan hij uitleggen waarom? Hoe wil hij dan de gelijke toegang tot het pgb regelen?

De in de brief van de staatssecretaris genoemde versnelde klachtbehandeling via de SKGZ vind ik wel een goede suggestie. Voor verzekerden is dan sneller duidelijk of een pgb al dan niet terecht is afgewezen. Ik vraag de staatssecretaris wel hoe hij die versnelde route gaat vormgeven.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb toch nog even een vraag over de toegangscriteria. U zegt heel duidelijk dat we verschillen eigenlijk niet kunnen accepteren. U wilt ook geen aanvullende eisen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Nee.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb uw amendement ook gezien. We weten dat er in een debat argumenten worden gewisseld, maar ook dat er daaromheen weleens veel gesprekken plaatsvinden. Klopt het dat de VVD heeft gedreigd dit wetsvoorstel te blokkeren als er wel strengere regels worden gesteld aan zorgverzekeraars, bijvoorbeeld dat ze geen extra toelatingscriteria mogen hanteren?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Mevrouw Leijten stelt deze vraag aan de verkeerde persoon. Ze staat nu naast de heer Potters.

De **voorzitter**:
Die komt nog aan de beurt.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik weet dat het ongebruikelijk is, maar anders zou ik bijna zeggen: stel deze vraag nou aan de heer Potters.

Mevrouw **Leijten** (SP):
We staan naast elkaar bij de interruptiemicrofoons, maar dat zegt niet zoveel over de standpunten op dit moment. Ik wil graag weten hoe hard dit is. Bij de behandeling van het VN-verdrag voor rechten van mensen met een beperking hebben we gezien dat het opeens heel spannend werd en dat het dan niet duidelijk was of het doorging of niet. Ik wil u graag steunen. Ik wil graag bekijken hoe we deze verankering kunnen materialiseren. Ik vraag me overigens af of het een verankering is als we niet betere criteria vastleggen, bijvoorbeeld bij wet, middels een bij-bepaling of een krachtens-bepaling of welke vorm ook. U hebt daarover een amendement ingediend en de staatssecretaris ontraadt dat. Dat is een situatie die we kennen uit de behandeling van dat VN-verdrag. Hoe heeft de VVD daarop gereageerd?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik heb het voordeel dat ik een van de latere sprekers in dit debat ben. Alle voorgaande sprekers vinden dat de toegang tot het pgb beter moet worden geregeld, of dat nu bij wet, bij AMvB of wat ook gebeurt. Dat neem ik dan toch maar mee in dit debat. En wat dat ontraden betreft: ik zit inmiddels al drie tot drieënhalf jaar in de Kamer en, ach, het kwam vaker voor dat deze staatssecretaris een amendement ontraadde. Ik kan me nog een gezamenlijk met u ingediend amendement herinneren over een overheadnorm in de zorg. Daar werd over gestemd en helaas verloren wij dat die keer. Dat vond ik niet leuk, maar zo gebeurt dat in een democratie.

De heer **Potters** (VVD):
Ik heb ook een vraag over dit deel van de bijdrage van de heer Van Dijk. De staatssecretaris ontraadt het amendement over de toegangscriteria, op stuk nr. 23. Hij doet dat niet met een lichte houding, met woorden als "goh, ik ben het er eigenlijk niet mee eens". Nee, hij geeft er een in onze ogen zwaarwegend advies bij. Hij zegt namelijk: het is in strijd met de structuur van de Zorgverzekeringswet en daarom moet ik het krachtig ontraden. Ik zeg er ook nog bij dat het in strijd is met wat we in het regeerakkoord hebben afgesproken, namelijk dat de sleutelrol bij de zorgverzekeraars blijft. Ik hoor de heer Van Dijk ook zeggen dat hij goed wil luisteren naar de argumentatie van de staatssecretaris. Dat wil ik ook graag. Het is altijd goed om te weten hoe de staatssecretaris ertegenover staat. Betekent dit dat de heer Van Dijk zegt, als de staatssecretaris, die dit met kracht heeft ontraden, met goede argumentatie komt: ik wil dit wel beter verankeren, maar ik vind de woorden die de staatssecretaris kiest, voldoende? Of blijft de heer Van Dijk vasthouden aan dit amendement?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Wij voeren op dit moment een debat waarbij het voorstel van de regering zelf het al mogelijk maakt om bij Algemene Maatregel van Bestuur voorwaarden te stellen aan de toegang tot een pgb. De mogelijkheid bestaat dus wettelijk al. Ik zie dus ook de strijd met de systematiek van de Zorgverzekeringswet niet zo. Volgens mij kan het; het staat in het wetsvoorstel van de regering zelf.

De **voorzitter**:
Tot slot, mijnheer Potters.

De heer **Potters** (VVD):
Dat heb ik ook weleens, dat ik het toch anders zie dan het kabinet, maar het voordeel van een debat is dat we elkaar kunnen overtuigen. Mijn vraag is heel simpel: laat u zich er door uw eigen staatssecretaris van overtuigen dat het misschien beter is om het niet te doen, of blijft u coûte que coûte vasthouden aan dit amendement?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
De heer Potters kan volgens mij niet ontkennen dat de rode draad van dit debat tot nu toe is dat de toegang tot het pgb beter moet worden geregeld. Of we dat linksom of rechtsom doen, zal mij bijna een zorg zijn, om in de woorden van mevrouw Leijten te spreken, maar dat de toegang beter moet worden geregeld, is zo helder als wat.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dat de toegang zo helder mogelijk geregeld moet worden, daar zijn we het inderdaad allemaal over eens. Daarom hebben wij ook allemaal heel zorgvuldig gekeken naar de wet: moet die misschien beter dan wat er nu ligt? Vanuit die gedachtegang hebben de heer Van Dijk en ik toch dit amendement ingediend?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ja.

De **voorzitter**:
De vraag is, mevrouw Voortman?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dan is daar dus al een heel uitgebreide gedachtewisseling aan voorafgegaan. Natuurlijk luister je altijd goed naar de argumenten van het kabinet, maar dit amendement is ook niet onbezonnen ingediend.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Nee, ...

De **voorzitter**:
Dat was een statement van mevrouw Voortman.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
... dat beaam ik.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik heb geen statement maar wel een vraag. Het amendement waar we het over hebben, bevat eigenlijk drie dingen: toegangscriteria, bevoorschotting en administratieve procedures. Bij die laatste twee kan ik me wel voorstellen dat ze in strijd zijn met de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Het onderwerp van de toegangscriteria wordt volgens mij heel breed gedeeld. Zit er ruimte in uw amendement om daarin te kunnen variëren? Of zegt u: ik sta voor alle drie de dingen in mijn amendement?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Je gebruikt het debat en de argumentatie van de staatssecretaris natuurlijk om goed te luisteren: waarom wordt iets ontraden of aan het oordeel van de Kamer overgelaten? Ik deel wel de opvatting van mevrouw Bergkamp dat de administratieve procedure en de bevoorschotting niet de kernpunten zijn. Ik laat mij er dus wel van overtuigen dat het misschien beter is om dat anders te doen.

De **voorzitter**:
Tot slot, mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Volgens mij gaat het snel. De heer Van Dijk lijkt al wat overtuigd. Het belangrijkste vindt hij dus dat we in ieder geval de toegangscriteria goed verankeren in de wet. Daar staat de PvdA voor.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Volgens mij hoor ik in alle debatten tot nu toe van alle sprekers dat de Kamer iets wil met de toegangscriteria. Ja, daar sta ik voor.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Er was even discussie over de vraag hoe het formuleren van de toegangscriteria in de wet zich verhoudt tot de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Nu hebben we een brief gekregen van een wat kleinere zorgverzekeraar, DSW — laat ik de naam toch noemen — die dit geheel passend vindt en hiermee ook prima uit de voeten kan. Ik heb ook de brief gezien van Zorgverzekeraars Nederland. Die wil echt komen tot uniformering van de criteria, zodat daarin zo veel mogelijk één lijn getrokken wordt. Als ik die twee brieven naast elkaar leg, voelt de heer Van Dijk zich er dan in gesterkt dat dit niet ingaat tegen de systematiek van de Zorgverzekeringswet en we als politiek wel degelijk kunnen besluiten om toegangscriteria in de wet vast te leggen?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Volgens mij is de brief van DSW helder. DSW houdt zelfs een pleidooi om de synchroniciteit tussen wetten te bevorderen. Dat is inderdaad een ondersteuning om de toegangscriteria helder te hebben.

Voorzitter: Neppérus

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dat is helder. Ik hoop dat een van de conclusies van het debat zal zijn dat de toegangscriteria helder worden vastgelegd, want daar is nu ongelooflijk veel discussie over. Ik hoop ook dat het argument dat het niet past in de systematiek van de Zorgverzekeringswet dan van tafel is.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Dat delen wij allemaal in de Kamer. Het gaat daarbij om de zoektocht van systemen naar mensen. Natuurlijk moet je wel letten op het systeem, want als het uiteindelijk zo'n rommeltje wordt dat niemand er meer mee uit de voeten kan, komen wij ook niet veel verder. Uiteindelijk prevaleert

wel de vraag of wij mensen op een goede manier helpen. Wij moeten ons daarbij ook afvragen of we daarvoor een systeem kiezen en ons daarin ook laten overtuigen. Mevrouw Bergkamp stelde mij in dat verband zojuist ook enkele vragen. Hoe zorgen wij ervoor dat het makkelijk en passend is? Ik sluit ook een beetje aan op hetgeen de heer Van der Staaij daarover heeft gezegd. We moeten ons niet meteen helemaal vastleggen, maar laten wij wel met elkaar zoeken naar de best passende oplossing. Wij delen echter met elkaar dat we iets aan de toegang moeten doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het amendement van GroenLinks en de PvdA is interessant, omdat het voor een deel oplossingen biedt voor de problemen. Daarin komen drie elementen terug: de toegangscriteria, de bevoorschotting en de administratieve procedure. Over de bevoorschotting hebben wij zojuist van gedachten gewisseld, omdat die eigenlijk een beetje wezensvreemd is aan de Zorgverzekeringswet. Maar eerlijk gezegd: heel veel zorgverzekeraars bevoorschotten ziekenhuizen en ook allerlei andere zorginstellingen, omdat die op bepaalde momenten niet voldoende geld hebben. Waarom zouden ziekenhuizen daar wel recht op hebben en budgethouders niet?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Dat is een interessante vraag van mevrouw Bruins Slot. Mag ik die mede namens haar doorspelen aan de staatssecretaris, zodat hij die kan beantwoorden?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dat lijkt mij in dit geval prima, omdat de staatssecretaris dit ook als een van de bezwaren ziet.

Het tweede punt dat mij in het betoog van de heer Van Dijk opviel, was dat hij het eigenlijk wel goed vond dat de staatssecretaris de klachtenprocedure gaat versnellen. Ik heb heel erg het idee dat het juist goed is dat de staatssecretaris probeert om ongelukken te voorkomen in plaats van pleisters te plakken. Voelt de heer Van Dijk zelf ook niet een beetje aan dat het nog niet helemaal goed geregeld is, als de staatssecretaris nu al bezig is met het plakken van pleisters door klachtenprocedures te versnellen?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Hoe beter je het regelt qua rechtszekerheid — waar de heer Van der Staaij het ook over had — hoe minder klachtenprocedures je nodig hebt. Daar zijn mevrouw Bruins Slot en ik het over eens, want zo werkt het natuurlijk. Toch zullen er altijd situaties zijn waarin de toegangscriteria uit de Wlz, waaraan nu gerefereerd wordt, streng zijn. Dat is terecht, want je wilt niet dat mensen een pgb krijgen als zij dat niet kunnen beheren. Er kunnen natuurlijk altijd geschillen ontstaan over de vraag of een pgb al dan niet terecht is toe- of afgewezen. Als je probeert om die klachtenprocedure te verbeteren of te versnellen — we hebben immers gehoord dat sommige procedures wel negen maanden kunnen duren — of daar een aparte klachtenlijn voor te maken, lijkt mij dat een verbetering.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
In de interruptie van de heer Potters zat een klein tussenzinnetje, namelijk dat dit ook nog in strijd was met het regeerakkoord. Dat viel mij op. Ik bemoei me niet met de relatie tussen anderen in dit geval, omdat ik hier geen partij in ben, maar dit kan natuurlijk wel gevolgen hebben voor de voortvarende behandeling van deze wetgeving. Hoe ziet de heer Van Dijk dat? Steunt hij zomaar amendementen die in strijd zijn met het regeerakkoord of ziet hij dit toch anders?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik zie dit anders. Misschien kan de heer Van der Staaij deze vraag ook aan de heer Potters stellen. In het regeerakkoord wordt niet gesproken over een Zvw-pgb. Dat komt omdat we er tijdens de debatten over de hervorming van de langdurige zorg gaandeweg voor gekozen hebben om verzorging en verpleging over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Zowel de Eerste als de Tweede Kamer heeft unaniem gezegd dat er een goed pgb in de Zorgverzekeringswet moet worden geregeld.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Dank voor deze reactie en voor de goede suggestie om de vraag straks ook aan de heer Potters te stellen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Bij wijkverpleging en verzorging zijn wij af van een centraal landelijk indicatiekantoor. Dat is mooi. Wijkverpleegkundigen mogen weer zelf samen met hun cliënten bepalen welke zorg er nodig is. Dat regel je gewoon samen in goed overleg in de buurt. De wijkverpleegkundige indiceert echter ook voor een pgb. Hoe zorgen wij ervoor dat dat op een goede manier gebeurt, waarin de wijkverpleegkundige niet de opdracht van een thuiszorgorganisatie krijgt om toch maar zo veel mogelijk richting zorg in natura te duwen? Hoe zorgen wij ervoor dat een cliënt weet wat zijn rechten zijn, dat hij of zij weet dat een pgb gewoon mogelijk is? Welke maatregelen neemt de staatssecretaris daarvoor?

Met name bij intensieve kindzorg zien wij dat kinderverpleegkundigen van kinderthuiszorgorganisaties vaak nog nauwelijks indiceren voor een pgb, maar meer voor zorg in natura. Wat gaat de staatssecretaris daaraan doen? Als ouder moet je kunnen kiezen voor intensieve kindzorg via een pgb, juist omdat je de zorg voor je zieke kind en een zo gewoon mogelijk gezinsleven zo veel mogelijk zelf moet kunnen afstemmen. Is het mogelijk dat desgewenst een kinderarts of een kinderverpleegkundige uit het ziekenhuis meekijkt en adviseert over een pgb voor intensieve kindzorg? Bij intensieve kindzorg gaat het altijd om kinderen die ook onder controle staan van een kinderarts in het ziekenhuis.

Dan de hoogte van het budget. Met het budget dat je krijgt, moet je wel de benodigde zorg kunnen inhuren. Als je door je zorgverzekeraar met een te laag budget wordt afgescheept, heb je namelijk niks aan je pgb. Ik hoor daar verschillende berichten over. Sommige zorgverzekeraars geven zúlke lage bedragen, dat het moeilijk is om daar goede zorg voor in te kopen. Andere zorgverzekeraars regelen het wél prima. Welke vrijheid heeft een zorgverzekeraar om de hoogte van het budget vast te stellen? Dat moet toch ergens op gebaseerd zijn? Het tarief dat ouders met een pgb voor

intensieve kindzorg kunnen declareren, is soms maar maximaal €53 per uur voor een professionele verpleegkundige. Bij zorg in natura is dat €77. Dat is een flink verschil, dat niet marktconform is. Waar is dat grote verschil op gebaseerd? Is de staatssecretaris het met de PvdA eens dat op deze manier een pgb en zorg in natura geen gelijkwaardige alternatieven zijn? Voor de PvdA is deze onduidelijkheid over de hoogte van pgb-tarieven in ieder geval reden geweest om een amendement van mevrouw Dik-Faber mee te tekenen. Dat amendement legt vast dat een budget passend moet zijn. Uit de brief van de staatssecretaris begrijp ik dat er met het schrappen van het woord "gemaximeerd" uit de wet geen sprake meer is van een budget en dus ook niet meer van een pgb. Dat is uiteraard niet de bedoeling. Kan de staatssecretaris nog eens uitleggen hoe dit precies zit? Want dan moeten wij het anders regelen. Hoe gaat de staatssecretaris er dan wel voor zorgen dat pgb-houders een budget krijgen dat passend is?

Een bijzonder tarief is het mantelzorgtarief. De PvdA vindt het belangrijk dat mensen met hun pgb ook niet-professionele zorgverleners kunnen inhuren, bijvoorbeeld een partner, familieleden, buren, vrienden of studiegenoten. Ik gaf daar een voorbeeld van. Het is natuurlijk wel redelijk dat daar een ander tarief voor geldt: het mantelzorgtarief. Het maakt namelijk uit of je een professional inhuurt of iemand anders. Uit onderzoek van Q-Consult blijkt dat het mantelzorgtarief in de praktijk voor de meeste budgethouders voldoende is. Het wordt als fair ervaren. Er worden in het onderzoek echter twee situaties aangedragen waarin het tarief mogelijk niet voldoende is. Het gaat dan om een hulpverlener met een arbeidsovereenkomst die meer dan drie dagen werkt en voor wie de budgethouder werkgeverslasten moet afdragen. Daarnaast gaat het om hulpverleners die werken voor budgethouders met hoogcomplexe en intensieve zorg en die toegerust zijn om deze zorg te kunnen bieden. Specifiek voor deze twee groepen zijn aanbevelingen gedaan door Q-Consult. De staatssecretaris heeft in zijn reactie op het rapport aangegeven, nader onderzoek te willen doen naar deze twee categorieën. Wanneer is dat nadere onderzoek klaar? Wanneer kan hij budgethouders en de Kamer daarover informeren?

Mijn derde onderwerp gaat over flexibiliteit. De kern van het pgb is juist dat je je zorg zo kunt inrichten zoals bij jou past. Flexibiliteit dus. Dan past het niet dat je met gedetailleerde zorgplannen moet komen, waarin per minuut wordt beschreven wanneer je welke zorg nodig hebt. Volgens mij gaat het erom dat je beschrijft waarvoor je zorg nodig hebt, het doel. Dat kan ook per tijdvak verschillen. De ene week heb je soms wat meer zorg nodig omdat je bijvoorbeeld ziek bent en de andere week weer wat minder. Die flexibiliteit moet kunnen, zolang je maar gewoon binnen het gemaximeerde budget blijft. Wat gaat de staatssecretaris doen aan de eis van zorgverzekeraars dat er soms wel heel dikke zorgplannen moeten worden opgesteld? Is de staatssecretaris het met de PvdA eens dat het ook wel een tandje minder kan? Hoe gaat hij dat aanpakken?

De PvdA heeft het amendement van de heer Van der Staaij meegetekend dat regelt dat een budgethouder zijn budget kan inzetten zoals dat past bij zijn persoonlijke omstandigheden. Dat biedt ruimte om in de ene periode wat meer zorg in te kopen en in de andere periode wat minder. Zoals ik al eerder aangaf, kun je wat extra zorg inkopen als het een tijdje minder goed gaat, en kun je wat minder zorg inkopen als het weer wat beter gaat. De Zorgverzekeringswet kent op dit moment alleen het systeem van inclusieve tarieven. Hierdoor kunnen reiskosten, werkgeverslasten, vakantiegeld en andere vergoedingen niet apart uitbetaald worden door de budgethouder aan de zorgverlener. Het amendement van de heer Van der Staaij creëert die ruimte gelukkig wel.

Eerder heb ik Kamervragen gesteld over zorgverzekeraars. Die eisen dat declaraties worden ingediend per vijf minuten geleverde zorg. Maar we wilden toch af van de stopwatchzorg? Sommige budgethouders huren hun zorgverleners niet per uur of per minuut in, maar spreken een vast maandbedrag af. Dat moet gewoon kunnen. De staatssecretaris gaf in het antwoord op mijn vragen aan dat hij dat ook vond en dat hij het gesprek daarover met zorgverzekeraars zou aangaan. Wat is daarvan het resultaat? Is het nu opgelost? Is het mogelijk om ook per maand te declareren of in andere tijdvakken dan vijf minuten?

Er zijn ook mensen die voor hun zorg deels uren met een pgb en deels zorg in natura gebruiken. Dat zijn mensen die bijvoorbeeld door de week gebruikmaken van de zorg van een thuishulporganisatie, maar in het weekend familie of vrienden willen inhuren met een pgb. Ik merk dat dit in de praktijk soms moeilijk gaat. Ik ga ervan uit dat deze combinatie tussen zorg in natura en een pgb ook voor verpleging en verzorging expliciet mogelijk is. Ik hoor graag de bevestiging van de staatssecretaris. Mevrouw Dik-Faber heeft een amendement op dit punt ingediend, om dat nog eens expliciet vast te leggen.

Bij intensieve kindzorg zie je dat ouders voor de zorg van hun ernstig zieke kind nu nog vaak zijn aangewezen op de Zorgverzekeringswet en de Jeugdwet. Ik heb ook begrepen dat er soms geprobeerd wordt om ernstig zieke kinderen door te schuiven naar de Wet langdurige zorg. Volgens mij is bureaucratisch gedoe tussen verschillende wetten het laatste waar ouders op zitten te wachten. Is de staatssecretaris het met de PvdA eens dat het voor ernstig zieke kinderen en hun ouders belangrijk is dat de benodigde zorg integraal geregeld wordt, zoals de zorgbegeleiding, vervoer en voortdurend verblijf? Dat voorkomt een boel gedoe en frustratie, tijd die houders beter aan hun kinderen kunnen besteden. Afgelopen maandag waren mevrouw Bergkamp, mevrouw Dik-Faber en ik op werkbezoek in het Radboudumc. Dat ging over intensieve kindzorg en ouderparticipatie. Ook hier kwamen de discussie over de loketten en de onduidelijkheid die er soms is als klacht naar voren. Hoe gaat de staatssecretaris regelen dat dit makkelijker wordt gemaakt voor ouders? Binnenkort hebben we een AO intensieve kindzorg en spreken we daar verder over. Voorzitter, ik ga afronden. De PvdA is blij dat met het opnemen van …

De **voorzitter**:
Mevrouw Leijten, kunt u even wachten met uw interruptie tot het einde van de bijdrage van de heer Van Dijk?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Voorzitter. Ik heb een heel korte eindconclusie.

De **voorzitter**:
U bent ook al flink door uw geplande tijd heen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik zag het, voorzitter.

De PvdA is blij dat met het opnemen van het pgb in de Zorgverzekeringswet het pgb eindelijk is vastgelegd in alle zorgwetten. Met de aanscherpingen van de Kamer of de wensen daartoe wordt het Zvw-pgb ook een volwaardig pgb. Daardoor kunnen mensen grip houden op hun eigen leven en hun eigen zorg. Zo kun je als student, ouder van een ernstig ziek kind of als oudere gewoon het leven leiden dat je zelf wilt. En zo hoort het!

De **voorzitter**:
Dan geef ik nu toch het woord aan mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb een vraag over een andere mogelijke financiële drempel of in ieder geval over de ongelijkheid tussen mensen met een indicatie wijkverpleging in natura en mensen die de wijkverpleging via het persoonsgebonden budget krijgen. Die drempel bestaat eruit dat de zorgverzekeraar het eigen risico mag aftrekken van het openstaande budget. Wat vindt de Partij van de Arbeid daar nou van?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik hoorde mevrouw Leijten dat inderdaad in eerste termijn zeggen en ik vind dat raar.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik hoop dat de Partij van de Arbeid dan ook serieus zal kijken naar mijn amendement op stuk nr. 27, want daarin snijd ik die mogelijkheid de pas af. Ik denk dat je die twee zaken niet met elkaar mag verwarren. We hebben niet voor niets afgesproken dat er geen eigen risico komt voor de wijkverpleging. Dan is het niet in orde dat mensen met een budgetpolis geconfronteerd kunnen worden met aftrek van het eigen risico voor zorg die ze elders in de Zorgverzekeringswet nodig hebben gehad. Ik zal de PvdA in tweede termijn vragen wat ze vindt van mijn amendement. Ik hoop op steun, want op deze manier kunnen we een administratieve omissie in de wet rechtzetten.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Uiteraard ben ik bereid om goed te kijken naar het voorstel van mevrouw Leijten.

☐

De heer **Potters** (VVD):
Voorzitter. Met dit wetsvoorstel wordt beoogd om het persoonsgebonden budget ook te verankeren in de Zorgverzekeringswet. Op deze manier wordt in de zorgverzekeringspolissen de mogelijkheid opgenomen om voor een afgebakende doelgroep een pgb aan te bieden voor de aanspraak op wijkverpleging.

Laat helder zijn: de VVD is een voorstander, een groot voorstander van het persoonsgebonden budget, want dat biedt mensen de mogelijkheid zelf keuzes te maken over de zorg die past bij hun wensen en behoeften. Door de hervorming van de AWBZ en de bijbehorende overgang van de wijkverpleging naar de Zvw is het logisch dat het pgb nu ook wordt aangeboden in de Zorgverzekeringswet. Ook kunnen via een AMvB regels worden opgesteld over de hoogte van de vergoeding voor zorg en de voorwaarden waaronder een verzekerde in aanmerking komt voor een pgb.

Mensen met een naturapolis behouden op die manier de mogelijkheid om zelf te kiezen bij welke zorgaanbieder ze hun zorg inkopen. Zij krijgen hiervoor een gemaximeerde vergoeding, zodat het net als bij restitutie een budget betreft. We hebben er zojuist al over gediscussieerd. Het kan bijvoorbeeld gaan om een bepaald bedrag voor een bepaalde periode of een aantal uren tegen een toereikend tarief. Sinds januari 2015 voeren de zorgverzekeraars op grond van de gemaakte bestuurlijke afspraken het Zvw-pgb al wel uit, ondanks de afwezigheid van wettelijke verankering. En hoewel niet strikt noodzakelijk is het toch goed om het nu alsnog te verankeren.

Daar moet het wat de VVD betreft dan ook wel bij blijven. Het pgb wordt door de verankering onderdeel van de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Het systeem van de Zvw blijft verder onaangetast. Zo zijn de afspraken; ik refereerde er net al aan in mijn interruptie richting de heer Van Dijk. We zijn dan ook tevreden met de adviezen van de staatssecretaris over de vele amendementen, want die onderschrijven deze lijn. Daarnaast hebben wij de afgelopen jaren ook gezien dat op basis van de afspraken tussen VWS, Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland zorgverzekeraars voortvarend aan de slag zijn gegaan met het pgb in de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De heer Potters geeft aan dat het systeem van het pgb onaangetast blijft. Is dat wat hij bedoelde, toen hij tegen de heer Van Dijk zei dat ons amendement in strijd was met het regeerakkoord? In dat geval moet hij dat iets meer toelichten, want ik zou echt niet weten waarom ons amendement daardoor in strijd is met het regeerakkoord.

De heer **Potters** (VVD):
Dank voor deze vraag. Het is goed om dit toe te lichten. In het regeerakkoord is duidelijk afgesproken dat de sleutelrol van de verzekeraars in stand blijft. Onze zorg is dat als je alle toegangscriteria wettelijk verankert aan de voorkant, zoals dat misschien gebruikelijk is in een publieke wet zoals de Wlz, je de rol van de zorgverzekeraars uitholt. Dat onderschrijft ook het advies van de staatssecretaris. De maatwerkvoorziening die zorgverzekeraars kunnen en konden bieden, wordt daardoor aangetast en dat willen we niet. De Zorgverzekeringswet is een groot goed in Nederland. We zijn niet voor niets nummer één in de wereld als het gaat om zorg. Ik vind het belangrijk dat we deze systematiek overeind houden evenals de sleutelrol voor zorgverzekeraars, waarbij ze, vanuit hun zorgplicht, het maatwerk kunnen bieden dat ze altijd hebben geboden. Laat namelijk helder zijn: ze moeten wel aan de zorgplicht voldoen. Dat maatwerk willen we ook voor het pgb. Daarom vinden we het belangrijk dat de Zvw zoals die er nu is, overeind blijft.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dus onder verwijzing naar deze zeer algemene zin uit het regeerakkoord zegt de VVD dat elk voorstel dat ook maar

iets doet aan de invloed van de zorgverzekeraars, in strijd is met het regeerakkoord? Dat is een mooie, zeg.

De heer **Potters** (VVD):
Nu worden mij woorden in de mond gelegd. Het advies van de staatssecretaris is heel helder. Er zijn heel veel adviezen gegeven op amendementen. Over een aantal amendementen, waaronder dat van mevrouw Voortman en de heer Van Dijk is duidelijk gezegd dat deze in strijd zijn met het zorgstelsel en met de afspraken in de Zorgverzekeringswet. Wij nemen dat advies heel serieus en we volgen de lijn. Wij snappen de overweging en zien dat daarmee de sleutelrol voor zorgverzekeraars wel eens uit handen gegeven kan worden. We snappen dat men aan de voorkant criteria wil stellen, maar we vinden het toch geen goede zaak om dat op deze manier in de Zorgverzekeringswet op te nemen. Dat is de reden waarom we de afspraak in het regeerakkoord hebben gemaakt. Het is ook de reden om te zeggen dat het goed is om ons aan deze afspraak te houden en om de rol van de zorgverzekeraar overeind te houden, met de zorgplicht die erbij komt. Daarom houden wij hier zo stevig aan vast.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik vind de redenering van de heer Potters lastig te volgen. De minister van Volksgezondheid, op dit moment minister Schippers, heeft het vaak over de sleutelrol van de zorgverzekeraars. Het is echter de VVD geweest, en ook de huidige minister van Volksgezondheid, die in 2004 of 2005 een amendement heeft ingediend waarin werd geregeld dat het persoonsgebonden budget werd opgenomen in de Zorgverzekeringswet en ook nog eens dat het een voorschot betrof. Dat is veel verdergaand dan het amendement van mevrouw Voortman en de heer Van Dijk dat nu voorligt. Ik snap dus niet dat de heer Potters nu zegt dat het in strijd is met het regeerakkoord omdat het de sleutelrol van de zorgverzekeraars afbreekt.

De heer **Potters** (VVD):
Ik kan mijn argumentatie herhalen, maar dat zal in deze discussie niet helpen. Het valt mij op dat wij dit deel van de wet eigenlijk al hadden geregeld, ware het niet dat artikel 13 in de Eerste Kamer is gestrand. Er waren geen opmerkingen of amendementen. Er was geen discussie over de rol van de zorgverzekeraars en geen discussie over de zorgplicht. Dat was al in deze Kamer gepasseerd. Ik snap dat de Kamer een aantal wensen heeft, waarvan sommige misschien zelfs begrijpelijk zijn. Maar dit onderdeel raakt de kern van ons zorgstelsel. Dat is de reden dat wij zeggen dat we wel voor wettelijke verankering van het pgb zijn en dat we dat goed willen regelen, maar dat wij niet willen dat de rol van de zorgverzekeraar wordt aangetast, zoals dat nu gebeurt met het amendement. We zijn het eens met het advies van de staatssecretaris en van het kabinet. We willen dat graag volgen en ontraden het amendement sterk.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De heer Potters heeft de behandeling van het wetsvoorstel niet gedaan en ik verwijt hem dus niet dat hij niet alle amendementen die destijds zijn ingediend, scherp op een rijtje heeft. Het CDA heeft toen ook een amendement ingediend om van het persoonsgebonden budget een voorschotregeling te maken. Terug naar de vraag waar ik graag een antwoord op wil hebben. De VVD heeft tien jaar geleden een amendement ingediend over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet dat veel verstrekkender was dan het amendement van de PvdA en GroenLinks dat nu voorligt. Hoe kan het dat de heer Potters nu redeneert dat het amendement van Voortman en Van Dijk niet kan?

De heer **Potters** (VVD):
Ik zeg niet dat het niet kan, maar het advies van de staatssecretaris is helder. Er zijn in het regeerakkoord afspraken gemaakt over de sleutelrol van de zorgverzekeraars. Die wordt in onze ogen aangetast als de Zorgverzekeringswet zo wordt ingekaderd dat die criteria aan de voorkant worden vastgesteld. Daarmee wordt het een rigide systeem. De Wet langdurige zorg is echt een andere wet dan de Zorgverzekeringswet; volgens mij is de heer Van der Staaij dat ook met mij eens. Dat is de reden dat wij het advies van deze staatssecretaris volgen en vinden dat je dit niet moet doen, omdat het de structuur van de Zorgverzekeringswet raakt. Daarom vinden wij dat het amendement niet gesteund zou moeten worden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik sta een beetje met mijn oren te klapperen, zeker gezien het amendement dat de VVD zo'n tien jaar geleden heeft ingediend. Kan de heer Potters toelichten waar de zorgverzekeraars in hun positie worden geraakt als wij toegangscriteria zoals wij die ook hebben in de Wlz, die ook door de zorgkantoren en zorgverzekeraars wordt uitgevoerd, in de Zorgverzekeringswet verankeren?

De heer **Potters** (VVD):
Ik snap dat er bij een aantal leden behoefte is om de Wlz-systematiek en de Zvw-systematiek aan elkaar gelijk te stellen en de toegangscriteria uit de Wlz een-op-een te kopiëren naar de Zorgverzekeringswet, maar de Zorgverzekeringswet is echt een andere wet. De zorgplicht ligt bij de zorgverzekeraars en de NZa houdt toezicht. Wij moeten die zorgplicht heel serieus nemen. In de toelichting in de brief is daarop nog eens uitvoerig ingegaan. Zij zijn degenen die in het kader van maatwerk deze afspraken moeten maken. Zij moeten kunnen bekijken hoe zij het met de pgb-houder regelen. Wat zijn daarin bijvoorbeeld de verschillen met andere zorgverzekeraars? De wens om dat allemaal gelijk te trekken, is strijdig met de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Dat zegt niet alleen de VVD; dit kabinet zegt dat ook. Dat is de reden dat wij dit niet moeten doen. Als mevrouw Dik enigszins bekend is met de Zorgverzekeringswet — en dat is zij — snapt zij het argument dat ik hier op tafel leg.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Nogmaals, waar wordt de sleutelrol van zorgverzekeraars aangetast als je die criteria helder in de wet opneemt? Wij hebben daarstraks een debat met elkaar gehad waarin ook de bewustekeuzegesprekken aan de orde zijn gekomen. Die geven de zorgverzekeraars aan de voorkant de mogelijkheid om in gesprek met hun verzekerden te komen tot een passende oplossing. Het objectiveren van de criteria, waarbij we ze in de wet vastleggen, raakt de sleutelrol van de

zorgverzekeraars niet. Ik vraag me nog altijd af waar dat volgens de heer Potters wel zo zou zijn.

De heer **Potters** (VVD):
Ik wil niet in herhaling vallen, maar als je de criteria aan de voorkant wettelijk gaat afdwingen en de zorgverzekeraars oplegt om de toegang op één bepaalde manier te regelen, ondergraaf je een deel van het stelsel. Dat is niet alleen mijn advies, maar ook dat van het kabinet, zeg ik voor de derde keer. Wij snappen dat. Wij vinden de Zorgverzekeringswet en de keuzes die wij in Nederland hebben gemaakt, ontzettend goed. Die willen wij overeind houden. Dat is de reden dat wij het ondanks de wensen van de Kamer niet anders willen regelen. Dat verhindert niet dat wij het wel belangrijk vinden om het pgb als zodanig een wettelijke basis te geven in de Zorgverzekeringswet. Dat hebben wij de afgelopen jaren ook afgesproken en die afspraak komen wij na. Als artikel 13 niet in de Eerste Kamer was gestrand, hadden we deze wet hier ongewijzigd afgestemd. Dat wil ik ook even meegeven.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Volgens mij is er op heel veel punten afgeweken van het regeerakkoord, omdat de voornemens van zo'n vier jaar geleden in de praktijk anders uitpakten. In het regeerakkoord is bijvoorbeeld niet afgesproken dat de wijkverpleging naar de zorgverzekeraars zou gaan; dat is later pas besloten. Daarbij ligt er een motie waarin deze Kamer unaniem zegt dat het in de Zorgverzekeringswet moet komen. Wij zijn nu een jaar op dreef met zorgverzekeraars die een pgb kunnen verstrekken aan hun verzekerden. Is de heer Potters tevreden over de manier waarop het gaat? Is er daadwerkelijk een recht op een pgb of is er vooral een recht om om een pgb te vragen, maar niet om het te krijgen?

De heer **Potters** (VVD):
Het is goed dat wij dit wetsvoorstel nu behandelen, want er is al lang de wens om dit snel te regelen, ook bij ons, maar wat ik wel lastig vind is dat wij de evaluatie pas in april krijgen. Dan zullen dergelijke signalen naar voren moeten komen. Ik hoor signalen dat het niet goed gaat, maar ik hoor ook signalen dat het wel goed gaat. Ik vind het altijd heel lastig om op basis van een aantal signalen te zeggen dat het niet goed gaat. Ik vind het wel goed dat de staatssecretaris zegt dat hij de rol van de NZa en de SKGZ wil versterken, omdat hij het belangrijk vindt dat er én toezicht is én de mogelijkheid om op een serieuze manier een klacht in te dienen als je het met de zorgverzekeraar niet eens bent. Dat vind ik goed en dat komt volgens mij tegemoet aan de wens die velen van ons hebben. Ik onderschrijf dat, maar daarvoor hoeven wij volgens mij niet de systematiek van de Zorgverzekeringswet aan te passen, terwijl dit wel gebeurt door dit amendement.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Volgens mij wordt er een uitzondering op de Zorgverzekeringswet gemaakt door het introduceren van een pgb voor een specifieke zorgsoort. Je zou daarvoor dan ook best andere regels kunnen stellen dan voor de rest van de Zorgverzekeringswet gelden. Dat bedreigt de systematiek helemaal niet. Het gaat om de wens om de zorgverzekeraars te dwingen hetzelfde te doen en niet over de rug van pgb-houders met elkaar te concurreren op zo'n laag mogelijke schadelast.

Ik heb een andere vraag aan de heer Potters. U hebt alle woordvoerders gehoord. U bent de laatste spreker in dit debat. Alle woordvoerders hebben gezegd dat het duidelijk moet zijn dat er geen of zo min mogelijk verschillen mogen zijn tussen hoe de zorgverzekeraars het pgb toelaten. Is de VVD bereid zich neer te leggen bij een meerderheid die zegt dat er toelatingscriteria komen? Of gaat de VVD dit wetsvoorstel blokkeren in het kabinet?

De heer **Potters** (VVD):
Het is belangrijk hoe de toegangscriteria verankerd worden. Deze criteria zijn belangrijk om duidelijkheid te krijgen over de wijze waarop je tot een pgb komt. De staatssecretaris heeft dat in zijn brief duidelijk uitgelegd. Ik snap de wens van de Kamer, ik zie de amendementen en heb deze ook van een advies voorzien. Het is niet verstandig om dat nu in deze wet te verankeren. Als dat wel gebeurt, raakt dat de systematiek. Dat weegt voor ons zwaar, ook bij het oordeel over deze wet. Laat het helder zijn, wij willen het pgb verankeren in deze wet. Wat ons betreft, was het al lang gepasseerd en hadden we dit debat niet gehad. Ik snap dat er af en toe wat aanvullende wensen zijn, maar dit raakt de kern van de Zorgverzekeringswet. Wij kunnen daar niet achter staan. Wij komen nu voor het volgende dilemma te staan: staan wij nu voor de Zorgverzekeringswet en wat doen wij met het pgb? Ik vind het belangrijk dat wij het pgb verankeren, want dat is wat de mensen thuis graag willen zien. Ook al is het niet strikt noodzakelijk, dit is wel het signaal dat men vanuit de politiek wil horen. Ik sta daar achter. Ik wil niet dat de systematiek van de Zorgverzekeringswet wordt aangetast. Dit is het dilemma waarin we zitten. Ik ga dit zwaar wegen en zal vooral ook kijken naar de antwoorden van de staatssecretaris.

De **voorzitter**:
Ik kijk even naar ...

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter, dit is geen antwoord op mijn vraag.

De **voorzitter**:
Het antwoord was al heel lang. We gaan hierover niet eindeloos doorspreken. De heer Potters mag er nog iets aan toevoegen en dan gaan we echt door met de heer Van der Staaij.

De heer **Potters** (VVD):
Ik wil het debat afwachten om een eindoordeel te kunnen bepalen over wat wij met dit wetsvoorstel gaan doen.

De **voorzitter**:
Dan gaan wij nu toch over naar de heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik blijf even bij hetzelfde punt. Ik begrijp de inhoudelijke discussie die wij voeren: past het wel of niet binnen het

stelsel van de Zorgverzekeringswet? De politieke lading echter van het punt dat de heer Potters hier ook maakt, is dat het in strijd is met het regeerakkoord. De PvdA zegt dat zij hier anders over denkt. Is dat punt daarmee weg en kunnen wij het nu over de inhoud hebben? Of heeft het een politieke lading waardoor de heer Potters het nodig acht dit punt zo expliciet in de openbaarheid te brengen?

De heer **Potters** (VVD):
Het is goed gebruik om aan te geven waar je staat, ook als je samen in een coalitie staat. Het is voor ons helder — dat signaal willen wij hier afgeven — dat de Zorgverzekeringswet belangrijk is, dat wij het stelsel niet willen aantasten en dat wij hier afspraken over hebben gemaakt. Ik wil graag van de staatssecretaris weten of dit de kern van de Zorgverzekeringswet raakt en zo ja, wat zijn advies is. Volgens mij is het advies tot nu toe helder: niet doen. Ik ga ervan uit dat dit na het debat zo helder blijft. Op basis daarvan trekken wij een eindconclusie en deze gedachtewisseling hoort daarbij.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik heb de reactie van de staatssecretaris gelezen en las dat hij het amendement ontraadt. Ik hoor de heer Potters hier zeggen dat het amendement onaanvaardbaar is. Dat is een sterkere kwalificatie. Die heb ik niet in de brief gelezen. Vraagt de heer Potters feitelijk aan de staatssecretaris of dit amendement onaanvaardbaar is?

De heer **Potters** (VVD):
Ik probeer altijd mijn woorden zorgvuldig te kiezen. Ik heb het woord "onaanvaardbaar" niet gebruikt. Ik heb alleen gezegd dat het bij ons zwaar weegt dat dit het stelsel van de Zorgverzekeringswet raakt. Ik wil een duidelijk antwoord horen op de vraag hoe dit nu precies zit. Als de staatssecretaris aangeeft dat dit klopt en als dit ook blijkt uit het advies dat uit de amendementen naar voren is gekomen, vind ik dat wij hierover goed met elkaar moeten discussiëren. Ik weeg dat oordeel mee voor de bepaling van ons standpunt voor het omgaan met deze wet. Het liefst wil ik het verankeren in de wet, zoals wij dit met elkaar hebben afgesproken. Dat is de grote wens van de VVD, maar wij willen ook dat het stelsel overeind blijft. Dat is de afweging die wij moeten maken nadat wij ook de staatssecretaris hebben gehoord.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Het is toch wel vermoeiend, steeds dat gedoe tussen de PvdA en de VVD en dan ook nog een regeerakkoord met de naam "bruggen bouwen". Ik heb een inhoudelijke vraag. De heer Potters gebruikt grote woorden over de amendementen op de stukken nrs. 23, 24 en 25: in strijd met het regeerakkoord, in strijd met de systematiek. Dat lees ik niet terug in de brief van de staatssecretaris. Over drie onderwerpen, administratieve processen, zegt de staatssecretaris: ja, dat is in strijd. Hij zegt dat echter niet over de toegangscriteria of over de bevoorschotting, die in strijd zou zijn met de trekkingsrechten. De heer Potters zegt dat hij goed oplet hoe hij de dingen formuleert, maar zijn woorden lees ik niet terug in deze brief. Hoe verklaart de heer Potters dat?

De heer **Potters** (VVD):
Misschien hebben wij de brief anders gelezen, maar volgens mij is duidelijk wat er wordt ontraden. Dit hele amendement wordt ontraden. Wij hebben het specifiek gehad over die criteria. Het amendement op stuk nr. 23 wordt niet voor niets ontraden. Wij staan daar ook achter, maar ik ben ook benieuwd naar het antwoord van de staatssecretaris.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Het wordt steeds spannender wat de staatssecretaris gaat zeggen. Laten wij even puur naar de tekst te kijken. Het ontraden is gebaseerd op een aantal uitspraken over de drie onderwerpen waarover ik net sprak. Over de toegang zegt de staatssecretaris alleen maar: het is niet in lijn met de bestuurlijke afspraken en het leidt tot een ongelijkwaardige positie van verzekerden. Dat is wat anders dan: het is in strijd met het systeem van de Zorgverzekeringswet.

De heer **Potters** (VVD):
Ja, de VVD vindt dit in strijd met de Zorgverzekeringswet. Dat is ook de reden waarom ik dit in het debat heb aangegeven.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik wil even terug naar de inhoud. Het derde lid van het wetsvoorstel van de regering maakt het mogelijk om bij AMvB, dus publiek, eigenlijk in het verlengde van het voorstel van de heer Van der Staaij, voorwaarden te stellen aan de toegang tot het Zvw-pgb. Wat vindt de heer Potters dan van die bepaling? Dan is het toch mogelijk om publieke randvoorwaarden te stellen?

De heer **Potters** (VVD):
Wij hebben daar goed naar gekeken en wij hebben het advies gezien. Ook dit amendement wordt ontraden door de staatssecretaris. U kunt die vraag wel aan mij stellen, maar misschien moet u die aan de staatssecretaris zelf stellen. Ook daarbij gaat het met name om de rol van de zorgverzekeraars. Aan de ene kant vind ik het belangrijk dat wij in dit debat het pgb verankeren. Volgens mij is dat de wens van ons allemaal. Aan de andere kant vind ik dat wij moeten proberen het stelsel overeind te houden. Als dat in de knel komt, dan moeten wij daar eerlijk over zijn. Misschien zijn wij het er niet met elkaar over eens, maar het is wel goed om dat hier uitgesproken te hebben. Ik ben gewoon benieuwd waar de staatsecretaris in dit debat staat. Wij vinden het belangrijk dat het stelsel van de Zorgverzekeringswet overeind blijft en dat het niet wordt aangetast.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Misschien stelde ik mijn vraag niet helemaal goed. Het grote verschil tussen het amendement van de heer Van der Staaij en het wetsvoorstel van de regering is dat de regering zegt dat er bij AMvB voorwaarden kunnen worden gesteld aan de toegang tot het Zvw-pgb. De heer Van der Staaij zegt dat we dat gewoon goed moeten regelen. De kern daarvan blijft dat je bij AMvB en dus publiek voorwaarden kunt stellen aan de toegang tot het pgb. Mijn vraag aan de heer Potters was wat hij vindt van die publieke bepaling, die ook in het wetsvoorstel van de regering zit. Die zou dan ook het stelsel aantasten. Dat snap ik dan niet.

De heer **Potters** (VVD):
Laat helder zijn dat wij heel terughoudend zijn met het stellen van publieke voorwaarden aan de voorkant die weer effect hebben op de Zorgverzekeringswet. Een AMvB betekent dat het kan; het is geen verplichting. Misschien kan er in een toelichting meer duidelijkheid over worden gegeven. Ik volg echter ook hier weer het advies van de staatssecretaris. Ik vind dat we dit gewoon niet moeten doen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Het staat in het wetsvoorstel.

De heer **Potters** (VVD):
Ik heb het over het amendement van de heer Van der Staaij, dus dan is dat de verwarring. Misschien kan de heer Van Dijk zijn vraag nogmaals stellen.

De **voorzitter**:
U was toch op dit punt al geweest?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
De heer Potters vroeg mij mijn vraag wat duidelijker te stellen. Ik had die inderdaad duidelijker kunnen stellen, dus ik doe dat bij dezen nogmaals. Het wetsvoorstel van de regering zelf maakt het in het derde lid mogelijk om bij AMvB publieke voorwaarden te stellen. Het kan toch niet zo zijn dat het in strijd is met het stelsel als je publieke voorwaarden stelt? Anders zou de regering zelf een wetsvoorstel naar de Kamer sturen dat in strijd is met het stelsel. Dat lijkt me toch sterk.

De heer **Potters** (VVD):
In het wetsvoorstel zelf is het een kan-bepaling en kán het gesteld worden. Daar zit een mate van terughoudendheid in die ik onderschrijf. Wij willen niet dat het nu een verplichting is of, sterker nog, dat het rechtstreeks in de wet wordt opgenomen. Dat is in strijd met het stelsel dat we willen en met wat we in het regeerakkoord hebben afgesproken. Dat is de reden waarom we daar heel terughoudend in zijn, maar we steunen het wetsvoorstel zoals het er ligt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik wil even een juridische vraag stellen. Zegt de heer Potters nu eigenlijk dat we een wetsvoorstel hebben gemaakt met de mogelijkheid om een Algemene Maatregel van Bestuur in te voeren als dat noodzakelijk is, maar dat de VVD die niet wil omdat dat de keuzevrijheid van de zorgverzekeraar beperkt? Als hij dat vindt, moet hij een wijziging op het wetsvoorstel indienen.

De heer **Potters** (VVD):
Volgens mij is het een kan-bepaling die je met grote terughoudendheid toepast op het moment dat het nodig is. Ik kan nu nog niet overzien of het nodig is. Ik denk het niet. Ik denk dat we daar heel terughoudend in moeten zijn. Als het kabinet met een AMvB komt om die kanbepaling in te vullen, is het goed om er eens heel goed naar te kijken, misschien met een voorhangprocedure. Als deze AMvB naar de Kamer komt, is het de vraag of die strijdig is met de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Dat weten we pas als die AMvB er ligt. Het is moeilijk om dat nu te overzien.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Op 6 oktober 1995 was het Erica Terpstra die erin slaagde om het persoonsgebonden budget door de Kamer te krijgen. De kern van het voorstel was dat de regie en de verantwoordelijkheid bij de budgethouder lagen, en niet bij de zorgverzekeraar. Het lijkt er nu echt op dat de VVD dat principe gaat omdraaien. Mijn vraag is of de heer Potters zich daar wel bewust van is.

De heer **Potters** (VVD):
Als er één partij is die altijd heeft gestaan voor de pgb-houder en die misschien zelfs de grondlegger is van het pgb, dan is het wel de VVD. Mevrouw Bruins Slot mag mij daarop aanspreken. Dat vind ik ook mooi, want het klopt dat wij altijd voor de pgb-houder en de eigen keuzevrijheid staan, maar we hebben ook nog zoiets als stelselverantwoordelijkheid. Nu willen we een aantal bepalingen uit de Wet langdurige zorg zomaar kopiëren naar de Zorgverzekeringswet. Ik denk dat dat strijdigheid oplevert met de systematiek. Dat denk ik niet alleen, dat denkt dit kabinet ook, vandaar de grote mate van terughoudendheid. Nogmaals, wij staan echt voor de pgb-houder. Dat is reden dat we het wel willen verankeren in de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik zie u kijken, voorzitter, maar ik wil toch kort ingaan op dit punt. Een jaar geleden was er inderdaad een wetsvoorstel waarin het pgb verankerd was. Dat wetsvoorstel heeft het niet gehaald in de Eerste Kamer. Daarop zijn het pgb en de Zorgverzekeringswet eruit gehaald. Nu spreken we dus over een apart wetsvoorstel. We zijn echter wel een jaar verder. In dat jaar hebben we gezien dat het onvoldoende werkt zoals het nu gaat op basis van bestuurlijke afspraken. De toegang is gewoon niet verzekerd. Ik heb nu zo vaak het woord "stelsel" gehoord, dat ik mij afvraag: stelt de VVD het woord "stelsel" voorop, gaat zij daarvoor of stelt zij de budgethouder voorop?

De heer **Potters** (VVD):
Het woord "stelsel" staat eigenlijk voor ontzettend goede zorg. Misschien wel de beste zorg in de wereld. Sterker nog, dat blijkt keer op keer uit de lijstjes waarop we scoren. Dat stelsel waar nu afstandelijk over wordt gesproken, staat juist voor zorg dichtbij, voor zorg die ontzettend goed is en van hoge kwaliteit is. Om dat stelsel te verdedigen vinden wij het belangrijk dat het niet zomaar wordt aangetast, niet omdat we een stelsel overeind willen houden, maar juist omdat dat iedereen toegang geeft tot goede zorg in Nederland. Daar doen heel veel mensen, ook de zorgverzekeraars, ontzettend hun best voor. Dat is de reden waarom wij hier staan en zeggen: pas op met wat je doet, want voor je het weet gooi je iets weg wat je niet weg wilt gooien en we moeten dat stelsel, dat mevrouw Dik-Faber heel abstract vindt, maar dat ik zie als zorg dichtbij, niet aantasten. Dat is de reden waarom we hier staan.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
"We willen van systemen naar mensen": hoe vaak heb ik het de staatssecretaris niet horen zeggen? Daarom stel ik de vraag nogmaals. Wat staat hier voorop: het systeem of de budgethouders, de mensen om wie wij het allemaal doen?

De heer **Potters** (VVD):
Wat vooropstaat, is dat iemand die zorg nodig heeft, dat op een goede manier geregeld krijgt. Dat betekent ook dat wij de Zorgverzekeringswet zoals wij die nu kennen, moeten proberen overeind te houden. Die moeten wij koesteren. Het is dus belangrijk dat wij daar niet te veel inbreuk op maken. Dat wil niet zeggen dat wij alles aan de zorgverzekeraars moeten overlaten. Sterker nog, die zorgplicht is ontzettend belangrijk. Dat blijkt ook uit de brief. De Kamer, of in ieder geval de staatssecretaris, moet de zorgverzekeraars er ook echt op aanspreken als het fout gaat. Maar ik wil niet dat wij straks het stelsel schade toebrengen doordat wij nu iets willen regelen waarvan ik denk dat wij dat niet moeten doen. Dat is niet alleen mijn advies maar ook het advies van het kabinet.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Nu hebben we alle woordvoerders gehad. Iedereen zegt, na een jaar ervaring te hebben opgedaan met het toekennen van pgb's door zorgverzekeraars, dat het nodig is om toekenningscriteria vast te leggen. Dat kan al dan niet in een wet, al dan niet via een Algemene Maatregel van Bestuur. Alle woordvoerders hebben dat gezegd. De VVD-fractie wil het niet — dat kan — maar dan staat zij alleen. Gaat zij de wet blokkeren als dit amendement wordt aangenomen?

De heer **Potters** (VVD):
Het is altijd verstandig om niet meteen op als-danvragen in te gaan. Ik heb in mijn bijdrage naar voren willen brengen dat dit voor ons cruciaal is. Wij willen niet dat de Zorgverzekeringswet en het stelsel daarvan aangetast worden. Dat hebben wij hier duidelijk met elkaar gewisseld. Aan de staatssecretaris kan ik ook de vraag meegeven: hoe zit dat precies, hoe ernstig is dat en waar staan wij dan in het debat? Wij vinden het ontzettend belangrijk dat wij het pgb kunnen verankeren in de Zorgverzekeringswet. Dat staat buiten kijf, maar ik wil niet dat wij daarmee ons eigen stelsel kunnen ondergraven. Die afweging moeten wij hier nu maken. Ik wil echt even de reactie van de staatssecretaris afwachten en niet nu al vooruitlopen op ons stemgedrag.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Natuurlijk moeten we het debat afwachten. Natuurlijk moeten wij luisteren naar elkaar. De heer Potters wilde twee weken geleden niet in debat gaan omdat hij de amendementen, hun werking en reikwijdte niet kon overzien. Hij heeft inmiddels twee weken kunnen aangeven dat hij dit in strijd vindt met het regeerakkoord. Wij denken daar anders over. Dat mondt dan wel uit in de politieke vraag: hoe zwaar en hard speelt de VVD dit? Achter de schermen horen wij van alles, maar dan vind ik ook dat hij dat hier in het debat moet zeggen. Horende alle collega's van alle andere partijen staat de VVD alleen. Als dit wordt aangenomen, gaat de VVD dan een machtskaart trekken of legt de VVD zich dan neer bij een meerderheid?

De heer **Potters** (VVD):
Misschien treed ik weer in herhaling, maar wij hadden deze wet al geregeld als artikel 13 niet in de Eerste Kamer was gestrand. Dan was het gewoon hier voorbij geweest. Dat de Kamer aangeeft een aantal dingen beter te willen waarborgen snap ik. Dat er vragen zijn over de toegangscriteria snap ik ook. Daar is een duidelijk advies over gekomen van de staatssecretaris. Ik vind dat een goed advies. Wij volgen het kabinet daarin, maar ik hoor ook dat de meerderheid van de Kamer misschien iets anders wil. Die afweging moeten wij gaan maken. Voor ons weegt het zwaar dat het stelsel wordt aangetast als dit amendement wordt aangenomen. Wij moeten het debat afwachten om te bekijken waar wij uitkomen.

De **voorzitter**:
Ik stel voor dat de heer Potters nu zijn verhaal afmaakt.

De heer **Potters** (VVD):
In 2014 zijn er afspraken gemaakt over de overschrijding van het budgettaire kader verpleging en verzorging. Bij overschrijding van het kader heeft de minister de mogelijkheid om deze overschrijding achteraf terug te halen door het macrobeheersinstrument in te zetten. Daar zijn meer vragen over gesteld. Kan de staatssecretaris aangeven hoe dit instrument zich verhoudt tot de systematiek van het pgb? Daar hebben we wel wat vragen over. Er is al wel een toelichting op gekomen, maar misschien kan de staatssecretaris daar nog wat verder op ingaan. Kan er met een korting op het macrobudget ook een terugbetaling achteraf plaatsvinden voor de pgb-houders? Ik krijg graag een reactie op dat punt.

Tot slot: de VVD is, zoals iedereen weet, een groot voorstander van het pgb. Verpleegkundige zorg op maat kan hiermee worden geboden. Dat is een goede zaak. De mogelijkheid van een pgb in de Zorgverzekeringswet is dan ook prima, zolang de systematiek van de Zorgverzekeringswet maar intact blijft.

De **voorzitter**:
We zijn daarmee gekomen aan het eind van de eerste termijn. Ik wil graag even met de collega's overleggen of we het debat vanavond proberen af te ronden of niet.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:
We schorsen de vergadering tot 19.40 uur en dan zal de staatssecretaris antwoorden. We bekijken daarna of we het afronden of niet. In ieder geval komt de staatssecretaris met de antwoorden, waarvan hij een deel al heeft aangedragen door zijn adviezen bij de amendementen.

De vergadering wordt van 18.50 uur tot 19.40 uur geschorst.

Voorzitter: Elias

De **voorzitter**:
De Kamer heeft in eerste termijn gesproken. Dat betekent dat nu het kabinet zal antwoorden in eerste termijn. Het woord is aan de staatssecretaris.

☐

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. Het is voor een staatssecretaris heel leuk om te horen dat er, naarmate het debat vordert, met nog veel meer spanning wordt afgewacht wat zijn inbreng in eerste termijn zal zijn. Dat vind ik heel mooi om te merken; ik zal mijn best doen om aan die verwachtingen te voldoen. Ik geloof dat ik aan verwachtingsmanagement zou moeten doen, maar dat doe ik dan maar even niet.

Het lijkt mij goed om even stil te staan bij het belang van dit moment. We staan aan de vooravond van het verankeren van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Mevrouw Bruins Slot memoreerde al even de rijke geschiedenis van zowel het persoonsgebonden budget als van de vraag in welke wetten dat verankerd zou moeten worden. Ook is het een beetje historisch te noemen dat wij nu aan de vooravond staan van de verankering van die persoonsgebonden budgetten in de wet. We gaan zo dadelijk discussiëren en debatteren over de zaken waarover nu nog verschillen van mening bestaan. Van mijn kant zal ik aangeven waarom ik de verankering van het persoonsgebonden budget zo belangrijk vind. We hebben het er inderdaad vaak over dat de zorg minder vanuit systemen en meer vanuit de mensen moet worden georganiseerd. Dat is nog een hele klus, want de zorg bestaat uit heel veel systemen. Ondanks alle verschillen van inzicht die wij misschien over de hervorming in de zorg hebben, staat voor mij en de Kamerleden vast dat we de zorg dusdanig moeten organiseren dat er meer wordt uitgegaan van de behoeften van mensen zelf.

Het is heel goed om, zeker bij zoiets wezenlijks als de lijfgebonden zorg, te bekijken of de persoonsgerichte aanpak steeds meer het uitgangspunt in wetgeving zou kunnen zijn. Daarover heb je systeemdiscussies; dat is nu eenmaal inherent aan onze wetgeving en de bestaande systemen. Echter, als wij erin slagen om de persoonsgerichtheid in al die wetten verder te brengen — het pgb is daar een belangrijk instrument voor — ben ik daar uiteraard heel blij mee.

Als er één verandering in de zorg is doorgevoerd die de discussie over de persoonsgerichte zorg in al die wetten dichterbij heeft gebracht, is het ook het pgb. Met alle discussies van dien heeft de verankering van de persoonsgerichte zorg in al die wetten, laten zien dat je veel moet doen maar dat het ongelofelijk belangrijk is. Ik denk dat er geen instrument in de zorg is geweest waarover zo hevig gediscussieerd is bij die omslag naar persoonsgerichte zorg. De heer Van Dijk wees daar in zijn bijdrage ook op.

De verankering in al die wetten brengt een aantal vragen met zich mee. De heer Van der Staaij wees in zijn bijdrage op het balanceren. Het belang van de verankering van het persoonsgebonden budget in alle wetten, in dit geval de Zorgverzekeringswet, roept de vraag op hoe je dat dan precies doet. Ik denk dat het er steeds om gaat om een goede balans te vinden in al die wetten. Aan de ene kant is er het belang van keuzevrijheid voor mensen om te kiezen voor een pgb als dat goed past bij hun persoonlijke situatie en zij hun eigen zorg in eigen regie kunnen vormgeven. Dat is ongelooflijk belangrijk voor heel veel groepen mensen: de mensen met intensieve kindzorg werden al genoemd, maar verder ook mensen die 24 uurszorg nodig hebben en mensen die veel flexibiliteit nodig hebben. Ik denk dat dat de zeer wezenlijke, bijna emancipatorische bijdrage is geweest van het persoonsgebonden instrument. Het is heel belangrijk om dat te doen. Aan de andere kant is het ook van belang om naar verschillende vragen te kijken. Waar is het zinvol? Waar kan het? Hoe zit het met de kwaliteit? Kunnen mensen het beheren? Is het doelmatig? Dat zijn allemaal vragen die tegelijkertijd opkomen bij dat balanceren.

Er is ook gesproken over de vraag: kunnen we het in alle wetten zo gesynchroniseerd mogelijk doen? We hebben echt geprobeerd om dat te doen. Tegelijkertijd moet je er wel rekening mee houden dat er wetten zijn die verantwoordelijkheden toekennen aan verschillende spelers die de balans elk op een ietwat verschillende manier proberen te bewaken. In de Wmo wordt gemeenten gevraagd om op basis van een gesprek met degenen die zorg vragen, een passende voorziening te bieden. We hebben gezien dat dat niet altijd van een leien dakje gaat. Dat vraagt ook inlevingsvermogen van de gemeente: om die gesprekken goed te kunnen voeren en om die passende voorziening te kunnen bieden. Als daar discussies over zijn, dan wordt, om het simpel te zeggen, een beroep op de gemeenteraad gedaan.

Dat geldt ook in de Wet langdurige zorg. Daarin is geregeld dat een onafhankelijk indicatieorgaan, het CIZ, bekijkt hoe het zit met de toegang. Dat gebeurt met zorgprofielen, die van tevoren worden vastgesteld. Er gelden daarbij een aantal uitzonderingen voor pgb's. Voor behandelingen kun je in de Wet langdurige zorg geen pgb krijgen. Sommige zorgprofielen zijn uitgezonderd. Verder hebben we in de discussie van destijds huisbezoeken en "bewuste keuze"-gesprekken geïntroduceerd. Een aantal woordvoerders heeft dat ook genoemd. Daar is ook die balans gevonden. In de Zorgverzekeringswet proberen we die balans ook te vinden. De toegang wordt geïndiceerd door de professionals. De zorgverzekeraars moeten dat organiseren met hun zorgplicht. Er zijn bestuurlijke afspraken gemaakt, met Per Saldo en zorgverzekeraars, om te bekijken: waar hebben we het nou precies over? Eigenlijk zou je die bestuurlijke afspraken kunnen zien als de richtlijn die ook voor andere beroepsgroepen geldt.

Laten we gelijk maar even het hoofdpunt pakken. De discussie gaat over de vraag: hoe kijken we tegen die toegang aan? En wat moet je daarvan vastleggen en wat niet? Waarom is dat eigenlijk zo'n belangrijke discussie? Je zou namelijk kunnen zeggen: wat maakt het uit, want als iedereen het erover eens is, kun je het ook wel vastleggen. Waarom hebben we toch een aantal amendementen ontraden waarin dat aan de orde kwam? Ik zal proberen om niet zozeer het systeemargument te hanteren — daar is overigens wel wat over te zeggen — als wel te kijken naar wat erachter zit, naar wat het inhoudelijke punt is.

In het kader van de Zorgverzekeringswet vragen we van zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat ze zorg inkopen die kwalitatief goed en doelmatig is en eventueel om ook selectief in te kopen op kwaliteit. Naar aanleiding van dat laatste was er de hele discussie over artikel 13. We vragen

van de verzekeraars dus om hun zorgplicht zodanig in te vullen dat ze kwalitatief goed en doelmatig inkopen ten behoeve van hun verzekerden. We vragen hun om zich daarvoor in te spannen. Sterker nog, ik zou eigenlijk willen dat die inspanning nog meer wordt gericht op het zo flexibel en individueel mogelijk maken van ook zorg in natura. Het geldt niet alleen voor het persoonsgebonden budget maar ook voor zorg in natura. Dat vereist een inspanning van de zorgverzekeraars. Ook dan speelt weer de balans. Als die inspanning wordt geleverd en als wordt geprobeerd om zo goed mogelijk die zorg in natura in te kopen, dan moet je er wel voor oppassen dat er niet aan de andere kant een systeem is waarin je kunt zeggen: fijn dat je dat voor me hebt ingekocht maar, bedankt, ik kies toch altijd voor een persoonsgebonden budget. Dan krijg je spanning tussen enerzijds de inspanning die de verzekeraar moet leveren om selectief in te kopen en anderzijds de mogelijkheid dat die inspanning teniet kan worden gedaan doordat men zomaar kan zeggen: dat geldt niet voor mij, ik kies een ander systeem.

Dat selectief inkopen is wel belangrijk om te doen, want met die selectieve inkoop wordt een aantal dingen beoogd: kwalitatief goede zorg, soms ook kostenbeheersing, soms ook doelmatigheid, dus dat hele stuk. Een ander element zie je terug in de brief die DSW heeft geschreven: het is goed om aan de ene kant criteria aan de voorkant te hebben, maar aan de andere kant willen we soms toch nog wel iets te zeggen hebben over de toekenning van de pgb, ook al is er een indicatie gegeven. In de brief van DSW staat ook: als er een indicatie wordt gegeven, willen wij soms toch even bekijken of een pgb op zijn plek is. DSW noemt terecht een aantal voorbeelden. Welke informatie wil je daarin hebben? Hoe kijk je aan tegen informele zorg en hoe wil je die al dan niet honoreren? Ik wil van mijn kant heel goed de balans bewaken. We vragen van verzekeraars om selectief te contracteren, omdat we dat om een aantal redenen willen. Laten we dat niet automatisch tenietdoen door toe te staan dat men zich daar niets van aantrekt. Dan zul je namelijk zien dat zorgverzekeraars zullen zeggen: dan hoef ik ook niet al die inkoopinspanningen te doen. En dat wil ik niet. Ik wil dat ze die inkoopinspanning ook doen wanneer het gaat om het flexibeler en individueler maken van zorg in natura. Dat vind ik heel belangrijk en dat moet om die reden niet teniet worden gedaan.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Voorzitter, ...

De **voorzitter**:
Mevrouw Voortman, de Kamer heeft tweeënhalf uur gesproken. De staatssecretaris is nu precies zeven minuten aan het woord. Ik zou het dus alleen al uit beleefdheid verstandig vinden dat we even wachten tot hij zijn inleiding heeft afgemaakt. Daarna geef ik u graag het woord.

Gaat u verder, staatssecretaris.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Is dit dan nog de inleiding van de staatssecretaris?

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat is ook de achtergrond van de richtlijnen die destijds zijn afgesproken tussen Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland. In paragraaf 3.3 is een poging gewaagd om te bekijken hoe we het beste kunnen definiëren hoe het zit met zorg en pgb in natura. 1. Het vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. 2. Zorg die vooraf slecht is in te plannen omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden op een kort moment op een dag en op afroep. 3. Zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. 4. De noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening in verband met het gebruik van specifieke hulpmiddelen. De gedachte was om zo goed mogelijk te omschrijven welke zorg voor persoonsgebonden budgetten in aanmerking komt. Overigens wil dat niet zeggen dat je geen zorg krijgt als er geen pgb is. Integendeel; er blijft natuurlijk altijd zorgplicht. Dat zeg ik er nog ten overvloede bij. Er is of zorg in natura, of restitutie, of de bijzondere zorgvorm pgb.

De **voorzitter**:
Dat was uw inleiding?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik heb nog een stukje, maar ik probeerde een aarzeling in te bouwen, voorzitter.

De **voorzitter**:
Ik vraag u om uw inleiding af te maken.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik heb gemerkt dat er discussie is: ja, dat is wel een mooi verhaal, maar hoe werkt dat nou in de praktijk? Er is geprobeerd om zo goed mogelijk op te schrijven hoe iedereen het gaat doen, maar hoe gaat het in de praktijk in zijn werk? Mevrouw Voortman zei: we hebben al een evaluatie voordat de wet in werking is getreden. Dat klopt niet helemaal, omdat we nog geen verankering van de pgb's in de wet hebben, dus dit is een evaluatie op grond van de bestuurlijke afspraken die gemaakt zijn. We krijgen signalen dat sommige budgethouders ontevreden zijn over de manier waarop dat gegaan is en dat zij ervaren dat zorgverzekeraars er te terughoudend mee omgaan. Of die signalen waar zijn of niet — dat moeten we nog zien — ik neem ze wel serieus. Als budgethouders namelijk zeggen dat dit niet met de goede mindset wordt behandeld, is het belangrijk om dat in ogenschouw te nemen.

Vandaar dat de regering het volgende heeft gezegd. Als we de klachten serieus nemen maar ook de balans in het oog willen houden, zou het dan niet goed zijn om een paar dingen extra te regelen? Laten we ten eerste de zorgautoriteit vragen om expliciet te bekijken of zij de bestuurlijke afspraken in het toezichtskader kan opnemen. Ten tweede bekijken we of de toegang tot klachten en geschillen niet ellenlang duurt, maar laagdrempelig en snel is. Kunnen we ten derde de monitor die in het voorjaar komt, niet gebruiken om te bekijken hoe het in de praktijk gaat? Daarmee hebben we geprobeerd om een balans te vinden tussen enerzijds pgb's verankeren en anderzijds zorgen voor goede criteria. Laten we het niet allemaal op voorhand vastleggen

aan de voorkant, maar er wel alert op zijn of het in de praktijk goed gaat. Ik heb de Kamer goed gehoord en ik denk dat een vrij brede meerderheid in de Kamer wel iets met die toegang wil, zoals de heer Van Dijk zei. Welke waarborgen zou ik willen zoeken? Laten we niet aan de voorkant zaken proberen vast te spijkeren terwijl we eigenlijk nog informatie moeten hebben over hoe het nu loopt, maar laten we er wel versterkte dijkbewaking op zetten. Als op grond van het toezicht, de klachten of de monitor blijkt dat er nadere regels nodig zijn, zullen wij die ook maken. Dat komt goed uit, want in de wet zelf zit de mogelijkheid voor een AMvB. Die moeten wij benutten om een aantal dingen te regelen. Zodra wij dit voorjaar informatie krijgen, kunnen wij op basis daarvan bijvoorbeeld bekijken of nadere maatregelen noodzakelijk zijn.

De **voorzitter**:
Mevrouw Voortman ... Ik stel vast dat zij haar interruptie laat lopen. Dan geef ik het woord aan mevrouw Leijten van de SP.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter. Ik wil graag een punt van orde maken. In zijn inleiding raakt de staatssecretaris op drie punten aan de kern van het debat: de positie van de zorgverzekeraars en de manier waarop zij inkopen, de toegangscriteria en de rol van het pgb. Ik vind eigenlijk dat het debat doodslaat als u zegt dat daar geen vragen over gesteld mogen worden, omdat het een inleiding is.

De **voorzitter**:
Wat is uw punt van orde?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat is dat u in het vervolg, zeker als u 's middags niet het debat hebt voorgezeten en dus niet precies weet wat de zwaartepunten van de discussie waren, Kamerleden een interruptie op een belangrijk punt niet moet onthouden.

De **voorzitter**:
Daar ga ik niet op in. Als iemand hier te gast is, laten wij hem de inleiding gewoon afmaken. De inleiding duurde bij elkaar nog geen tien minuten. De Kamer is tweeënhalf uur aan het woord geweest. We hebben onlangs in het Presidium afgesproken dat wij bewindslieden hier de mogelijkheid geven om eerst kort hun eigen verhaal te doen en daarna veel interrupties toestaan. U weet helemaal niet of ik dat van plan ben. Ik ben dat van plan. U kunt dus gewoon interrumperen. Ik sla geen enkel debat dood, maar als wij hier een gast hebben, laten wij hem in het begin even uitpraten. Dat is mijn lijn. Die ga ik niet veranderen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dan ga ik ervan uit dat wij op al die punten voldoende het debat kunnen voeren met deze staatssecretaris en dat hij niet straks als volgt verwijst: daar heb ik het in mijn inleiding al over gehad. Dat bewaakt u dan ook!

De **voorzitter**:
Zeker, maar dat kunt u pas beoordelen als dat heeft plaatsgevonden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De staatssecretaris wees op de verschillen in systematiek tussen de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Hij had het daarbij ook over de inkooptaak van de zorgverzekeraars. Doelmatigheid en kwaliteit zijn nou juist criteria die ook in de Wet langdurige zorg staan. Waarom zouden die dan niet kunnen gelden voor het pgb in de Zorgverzekeringswet?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die staan ook in de bestuurlijke afspraken. Op basis daarvan wordt nu geopereerd. Wij moeten met elkaar in de gaten houden of dat in voldoende mate gebeurt. Een aantal leden van de Kamer heeft zich afgevraagd of het goed zou zijn als er veel of veel meer bewustekeuzegesprekken worden gevoerd of huisbezoeken worden gedaan om uit te zoeken of een pgb daar op zijn plek is of dat je het misschien beter op een andere manier kunt regelen. Die afwegingen zitten in de Wet langdurige zorg en in de Zorgverzekeringswet. Daar zijn andere spelers, maar het is wel op dezelfde manier vormgegeven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De staatssecretaris gaf net aan dat de zorgverzekeraars moeten kunnen inkopen en rekening kunnen houden met doelmatigheid en kwaliteit. Om die reden kunnen wij die criteria niet in de wet vastleggen. Nu geeft de staatssecretaris aan dat dit ook al in de afspraken staat. Dan kunnen wij dat toch in de wet zetten? Dat is dan toch het meest helder voor iedereen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Het gaat niet om kunnen. Het gaat om de vraag hoe wij in de wijze waarop wij dat gaan doen een beetje balans houden tussen enerzijds de inkooprol en anderzijds een vorm waarin men zegt: nee, dat doe ik niet, geef mij maar een pgb. Ik vind dat de verzekeraars de inkooprol moeten waarmaken. Die moet qua zorg in natura ook individueel zijn, zoals ik net al zei. Wij verankeren het pgb om ervoor te zorgen dat dit ook plaatsvindt en een gelijkwaardige vorm is. De discussie gaat niet over de vraag of er criteria zouden mogen gelden, want die mogen natuurlijk gelden. Die zitten in de bestuurlijke afspraken. Mijn voorstel is om ze te verankeren in het toezichtkader. Maar de vraag is even of je het al aan de voorkant wilt regelen in de zin van: als dit voorkomt, kun je het lijstje langsgaan en afvinken wat wel en wat niet. Als je dat doet, verstoor je volgens mij, in ieder geval in de aanvang, de noodzakelijke balans tussen de kant van zorg in natura en de kant van het persoonsgebonden budget.

De **voorzitter**:
Mevrouw Voortman nog?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik ging ervan uit dat het twee keer was, maar dank voor de derde keer!

De **voorzitter**:
Ik houd van debat.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dat is hartstikke mooi, voorzitter.

Het is dan toch ook aan de zorgverzekeraar om te laten zien: ik heb zo'n geweldig aanbod ingekocht en dat is toch veel beter? Dan zou daar precies de crux moeten zitten, want vervolgens zegt de cliënt dan: u hebt mij overtuigd, zorgverzekeraar, ik hoef dat pgb niet. Eigenlijk zegt de staatssecretaris nu dat hij ervan uitgaat dat mensen niet bereid zijn om te luisteren naar de argumenten van zorgverzekeraars.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Nee, daar ga ik helemaal niet van uit. Ik ga ervan uit dat er een balans in zit. Aan de ene kant moet de zorgverzekeraar de kans krijgen om zorginkoopinspanningen te doen die niet meteen kunnen worden doorkruist door te zeggen: ik hoef er niet naar te kijken; geef mij maar een pgb. Dat betekent dat de pgb-houder zal luisteren naar de zorgverzekeraar. Aan de andere kant luistert de zorgverzekeraar naar de pgb-houder vanwege de bestuurlijke afspraken. Daarin staat: wacht nou even, als het 24 uurszorg is die helemaal niet planbaar is, als er wisselende tijden zijn en als het flexibel moet zijn, dan zegt de zorgverzekeraar dat hij weliswaar zorg heeft ingekocht, maar dat het in deze situatie gewoon een pgb moet zijn.

De **voorzitter**:
Hebt u afdoende antwoord gekregen, mevrouw Voortman?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Nee, maar we hebben nog even.

De **voorzitter**:
Heel goed.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik ga verder op hetzelfde punt. Eigenlijk zegt de staatssecretaris dat het pgb de inkoop op kwaliteit door zorgverzekeraars ondermijnt. Als dat niet zo is, dan hoor ik dat graag. Ik heb begrepen dat 6% van de wijkverpleging met een pgb wordt ingekocht. Er is dus voldoende uitdaging voor de zorgverzekeraars om in te kopen op basis van kwaliteit.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die 6% herken ik niet. Dat moet blijken uit de cijfers die wij nog zullen krijgen. Als ik kijk naar de budgetontwikkeling, heb ik niet de indruk dat er te weinig wordt ingekocht, maar goed, dat zullen wij allemaal merken. Waarom verankeren wij het in de Zorgverzekeringswet? Omdat het een instrument is dat in het hele scala van de zorginkoop thuishoort: zorg in natura, restitutie, persoonsgebonden budget. Het één ondermijnt het ander niet. Je moet bepalen welke vorm het meest van toepassing is voor jouw situatie. Dat is belangrijk. In een groot aantal gevallen zal het zorg in natura kunnen zijn. In een aantal gevallen juist niet, bijvoorbeeld omdat je heel flexibel wilt zijn. In de bestuurlijke afspraken staan daar criteria voor. Soms zullen mensen zeggen: ik wil er helemaal niets mee te maken hebben, ik doe een restitutiepolis, want ik wil een vergoeding krijgen en ik zie wel. Dat maken wij nu allemaal mogelijk. Ik wil niet aan de voorkant een lijstje hebben met: als je hieraan voldoet, is het altijd dat. Dan lopen wij namelijk het gevaar dat wij die balans een beetje kwijtraken, terwijl ik die balans nu juist wil zoeken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Die toegangscriteria komen zo, maar ik wil even terug naar die zorginkoop door de zorgverzekeraars. De staatssecretaris zei: ik signaleer een spanningsveld, want de zorgverzekeraar doet heel erg zijn best om de beste kwaliteit van zorg in te kopen voor de verzekerde.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik zei: hij moet zijn best doen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Precies. De zorgverzekeraar moet zijn best doen om de beste zorg voor de verzekerde in te kopen. Als verzekerden vervolgens gebruikmaken van een pgb, dan zou dat de inspanningen van de zorgverzekeraar ondermijnen en dan zou de zorgverzekeraar zelfs weleens kunnen denken: laat maar zitten, want men kiest toch voor een pgb. Als de staatssecretaris het anders bedoeld heeft, dan hoor ik dat graag.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Het ligt net een kleine nuance anders. Ik heb er bezwaar tegen om het van tevoren op te schrijven. Als je zegt dat iemand een pgb krijgt als hij aan een lijstje voorwaarden voldoet — ik overdrijf even — dan loop je de kans dat dat ondermijnend werkt. Pgb's werken niet ondermijnend, want pgb's zijn er bij uitstek voor mensen die een pgb nodig hebben. Pgb's werken dus per definitie niet ondermijnend. Als je echter van tevoren een lijstje maakt met criteria op grond waarvan je een pgb krijgt, dan wek je een verkeerde indruk. Ik vind dat er gesprekken moeten plaatsvinden om een bewuste keuze te kunnen maken. Mensen moeten in een zorgvuldige procedure tot een besluit komen. Ik weet niet of mevrouw Leijten het herkent, maar ik probeer het toch. Zij wees erop dat het er niet alleen om gaat om pgb's zo goed mogelijk te verankeren. Het is ongelofelijk belangrijk dat mensen niet voor een pgb kiezen omdat er niks anders is. Dan halen wij er allemaal gedoe bij. Dan komen er allerlei administraties waarin mensen vastlopen. Ik zou heel graag willen dat ook zorg in natura zodanig wordt ingekocht, dat die zorg beantwoordt aan de vraag van heel veel mensen. Ik probeer die balans te vinden tussen pgb's, die verankerd zijn in de wet en die toegesneden zijn op mensen die ze heel hard nodig hebben, en de inkoop van goede zorg in natura, die ook aansluit bij de wensen van heel veel mensen. Dat mag niet onnodig onder spanning komen te staan. Dat is mijn punt.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Volgens mij creëert de staatssecretaris een valse tegenstelling. Een zorgverzekeraar kan nog zo goed en uitmuntend inkopen, waarbij er geen persoonsgedwongen budget ontstaat zoals ik dat noem, en toch is het nodig om te kiezen voor een persoonsgebonden budget. De tegenstelling die de staatssecretaris hier creëert, is er dus niet. Er is wel een risico, namelijk dat zo ongunstig wordt ingekocht dat mensen die wijkverpleging nodig hebben naar een andere verzekeraar gaan. Dat heet "verborgen risicoselectie". Vindt de staatssecretaris het niet goed, juist om dat te voorkomen, dat alle zorgverzekeraars aan dezelfde criteria moeten voldoen, zodat ze geen concurrentie hebben op het aantrekkelijk zijn voor verzekerden?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Er moet geen concurrentie op toegang zijn. Wat wel kan, is dat dit gebeurt rondom innovaties of de snelheid van je pgb's en de afhandeling van pgb's. Het is helemaal niet zo gek als de ene verzekeraar zich ten opzichte van de andere profileert op dat gebied. Ik ben het zeer met mevrouw Leijten eens dat het niet zo kan zijn dat je uit het pgb gedwongen wordt of andersom dat zo slecht wordt ingekocht dat je daardoor wel een pgb moet. Dat is precies mijn punt. Laat ik precies andersom redeneren dan met een lijstje condities waaronder je een pgb kunt krijgen: wat ik heel erg slecht zou vinden, is als zorgverzekeraars zouden zeggen dat ze dat lijstje wel zullen aflopen en de inkoopinspanningen vervolgens laten zitten. Dat zou ik niet willen. Ik wil dat die inkoopinspanning heel erg gericht wordt op goede en duurzame inkoop, die flexibel en mensgericht is en waarmee een goede afweging wordt gemaakt tussen zorg in natura en persoonsgebonden budgetten.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik wil weg van die valse tegenstelling tussen zorg in natura en persoonsgebonden budget. Het gaat hier over de toegangscriteria. Die zijn wat mij betreft geen afvinklijstje, maar vooral bedoeld om duidelijk te maken wat een zorgverzekeraar niet mag doen. Nu zegt een zorgverzekeraar bijvoorbeeld dat iemand kan plannen wanneer hij naar het toilet kan — dat zeggen ze inderdaad! — en dat hij dus geen persoonsgebonden budget krijgt. Is de staatssecretaris niet van mening dat de politiek zou moeten zeggen dat dit een ontoelaatbaar toelatingscriterium is?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat vind ik ook!

Mevrouw **Leijten** (SP):
Als we dat nu helder zeggen, wat is er dan mis mee om te zeggen wat wél toelaatbare toelatingscriteria zijn? We schrijven ze op en ze zijn vervolgens voor alle zorgverzekeraars gelijk.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dan moet ik herhalen wat ik al gezegd heb. Ik constateer dat er nu afspraken liggen die de grondslag vormen voor de wijze waarop de pgb's voor deze groepen vormgegeven kunnen worden. Vervolgens is er discussie over de vraag hoe dat nu in de praktijk zal gaan. Als je dat ziet, zeg je dan dat wat je in de praktijk hebt gezien helemaal fout is en van tevoren wil vastleggen dat je het krijgt als je daaraan voldoet en anders niet? Dat is tamelijk ingewikkeld in dit stadium. Of zeg je dat de groepen en de criteria op grond waarvan je een pgb kunt krijgen in bestuurlijke afspraken worden vastgelegd? Ik heb de Kamer goed verstaan en ik luister naar signalen uit de praktijk. We moeten goed kijken of dit echt in balans blijft. Dat betekent naar mijn mening dat het toezicht versterkt moet worden, dat de toegankelijkheid van de beroepsmogelijkheden versterkt moeten worden, dat de monitor gepakt wordt en dat vervolgens in de AMvB — die we toch al moeten maken voor de uitvoering van deze wet — de bevindingen uit die onderzoeken worden meegenomen. Dan kunnen we namelijk veel gerichter zeggen dat deze criteria heel belangrijk zijn om te hanteren in plaats van in het algemeen maar iets te zeggen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik zou toch willen dat de staatssecretaris nog ingaat op mijn argument van risicoselectie. We hebben hier namelijk niet de doelgroep te pakken die zorgverzekeraars graag binnen willen halen omdat ze geld opleveren. Nee, deze mensen kosten geld. Het is dus heel aantrekkelijk om een zo slecht mogelijke reputatie te hebben, want dan gaan ze wel naar je concurrent. Juist omdat dit risico niet alleen aanwezig is maar het ook zien gebeuren op dit moment, is het nodig dat wij zeggen dat het van belang is dat je een pgb niet weigert op oneerlijke gronden. Dat heet dan "toelatingscriteria". Kan de staatssecretaris erop ingaan hoe zorgverzekeraars risicoselectie kunnen toepassen door zo negatief mogelijk met het pgb en de wijkverpleging om te gaan?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat zou ze in mijn ogen ook niet heel erg helpen. Om te beginnen is er het algemene antwoord dat risicoselectie niet mag en dat de Nederlandse Zorgautoriteit daarop toeziet. Maar dit terzijde, stel je voor dat een zorgverzekeraar zegt "ik vind het niet zo leuk om jou een pgb te geven; je krijgt het niet". Dan geldt nog steeds de zorgplicht en moet er dus zorg in natura geregeld worden en die is in sommige opzichten nog duurder ook. Ik zie daarom niet in dat de zorgverzekeraar de prikkel krijgt om onder het mom van risicoselectie te zeggen: je krijgt geen pgb. Hij moet die zorg immers toch leveren en betalen. Ik denk eigenlijk dat dat gevaar niet zo groot is.

De **voorzitter**:
Eens even kijken op mijn lijstje. Mevrouw Bruins Slot, CDA, ga uw gang.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De Nederlandse Zorgautoriteit heeft inmiddels wel degelijk geconcludeerd dat er sprake is van indirecte risicoselectie en dat er methoden zijn om chronisch zieken te weren. Dat zijn vaak ook de mensen met een persoonsgebonden budget. Daarvoor hebben zorgverzekeraars een heleboel lelijke trucjes. Een van die trucjes is om kwalitatief minder goede zorg in natura in te kopen. Ik vind het daarom heel verkeerd dat de staatssecretaris een valse tegenstelling creëert. Hij zegt namelijk dat het feit dat budgethouders een persoonsgebonden budget kunnen inkopen, ten koste gaat van de mensen die zorg in natura krijgen. De Nederlandse Zorgau-

toriteit heeft geconcludeerd dat er sprake is van indirecte risicoselectie en het weren van chronisch zieken. Het gaat er dus om dat je chronisch zieken een even goede kans geeft om bepaalde zorg te krijgen als mensen die die zorg wel makkelijk kunnen krijgen. Daarom nogmaals de vraag hoe de staatssecretaris aankijkt tegen indirecte risicoselectie bij chronisch zieken.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Met permissie, maar dat is een heel ander punt. Het gaat nu over de vraag of er in de zorginkoop sprake zou kunnen zijn van zodanige indirecte mechanismes dat je in feite te maken hebt met risicoselectie. Ik denk dan bijvoorbeeld aan reclame voor budgetpolissen en polissen met een bepaalde luxe en andere sturingsmechanismes in de inkoop.

In antwoord op mevrouw Leijten constateerde ik dat we nu niet spreken over de vraag of er al dan niet minder zorg wordt ingekocht, maar over de zorgvorm. Ik constateer dat er én zorg in natura is én restitutie is én een persoonsgebonden budget is. De zorgverzekeraar zou er inderdaad voor kunnen kiezen om een bepaalde zorgvorm minder in te kopen, maar daarmee ontloopt hij natuurlijk niet zijn zorgplicht. Hij is en blijft verplicht om die zorg te leveren. Sterker nog, het zou wel eens duurder voor hem kunnen uitpakken. Er is al heel uitgebreid gedebatteerd met mijn collega, de minister, over indirecte risicoselectie. Dat moeten we natuurlijk tegengaan, zie ook het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit. Maar wordt dat veroorzaakt door de tegenstelling tussen zorg in natura versus pgb? Dat risico zie ik niet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik ben blij dat de staatssecretaris in tweede instantie wel erkent dat er sprake is van indirecte risicoselectie én dat hij nu wel erkent dat die ten koste gaat van mensen die chronisch ziek zijn. Dat betekent ook dat het van belang is om waarborgen te creëren, zodat mensen die chronisch ziek zijn en een persoonsgebonden budget nodig hebben, bij elke zorgverzekeraar hetzelfde recht hebben op toegang tot het persoonsgebonden budget. Hoe beoordeelt de staatssecretaris dat?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Even precies. U verwijst naar het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit waarin dat wordt gesignaleerd en vraagt mij hoe we dat tegen kunnen gaan. Bij risicoselectie gaat het echter om de vraag of je sommige verzekerden kunt weren. Daardoor zou een bepaalde verzekeraar minder risico's hebben dan een zorgverzekeraar met verzekerden met een grote zorgvraag. Daar gaat het bij de zorgvorm natuurlijk niet om, want als een verzekeraar een verzekerde binnen heeft, dan moet hij hem zorg in natura, restitutie of een pgb geven. Zo'n verzekerde kun je dus niet weren door te zeggen: ik ga een andere zorgvorm aanbieden, want dan hoef ik het misschien niet te doen. Dat is daar niet aan de orde. In welke mate is er sprake van risicoselectie en hoe gaan we om het rapport van de NZa? Die vragen worden, zoals mevrouw Bruins Slot weet, nog onderzocht.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Laat ik de staatssecretaris maar weer even terugbrengen naar de kern van mijn vraag. De kern van die vraag is het stellen van toegangscriteria. De staatssecretaris zegt nu de hele tijd: ik heb echt vertrouwen in de bestuurlijke afspraken die ik heb gemaakt. Waarom legt hij die dan niet vast in de AMvB? Wat is daarop tegen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Zo heb ik het ook niet gezegd. We praten vandaag over de verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Voordat we die wet hadden, zijn er bestuurlijke afspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraars en Per Saldo over de manier waarop we dat gaan doen en voor welke doelgroepen we dat gaan doen. Daar zijn vier categorieën uit gekomen. Dat is wat er is gebeurd. Vervolgens hebben we gezegd dat we het heel goed gaan monitoren. Die monitor komt in april. Wij gaan de pgb's in de Zorgverzekeringswet verankeren, en de discussie die hier nu plaatsvindt gaat over het volgende. Gaan wij dit aan de voorkant regelen en zeggen wij: dit is het lijstje, en als je dat lijstje afwerkt, kom je op ja of nee? Of zeggen wij: laten wij ervoor zorgen dat het op een goede manier plaatsvindt en laten wij dat heel goed monitoren? Als wij op grond van zo'n monitor, het toezicht en de voorkomende klachten tot de conclusie komen dat er discussie is over het stellen of aanscherpen of anders formuleren van de criteria, hebben wij ten minste substantie op grond waarvan wij kunnen zeggen wat de goede aanscherpingen zijn. Anders ben ik zeer bevreesd dat wij in zijn algemeenheid een lijstje maken. Dan ben je aan het sturen aan de voorkant, terwijl je nog niet weet waarop. Bovendien komt daarbij het gevaar van de spanning die er kan ontstaan tussen zorg in natura en persoonsgebonden budget, een spanning die ik eigenlijk zou willen vermijden.

De **voorzitter**:
Ik zie bij mevrouw Bruins Slot non-verbaal nog wel de neiging om een interruptie te plaatsen. Dat is dan haar laatste.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik probeer de staatssecretaris weer terug te brengen tot de kern van de vraag. Hij is positief over de gemaakte bestuurlijke afspraken. De kern van mijn vraag is waarom hij die dan niet vastlegt in een AMvB. Ja of nee.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat is omdat wij met elkaar hebben afgesproken dat wij de zorgverzekeraars die inkooprol moeten geven en dat wij op basis daarvan zullen bekijken hoe het zich verhoudt. Bovendien hebben wij in de wet al geregeld dat wij nadere regels stellen als wij vinden dat die gesteld kunnen worden. Ik wil nadere regels, als die nodig zijn, het liefst stellen op basis van wat ik constateer in de praktijk en de vraag waarop wij moeten bijsturen. Dat doe ik liever dan aan de voorkant zeggen dat dit de regels zijn, terwijl wij dan ook niet helemaal zeker weten of ze aansluiten bij de praktijk die wij willen. Ik wil het het liefst doen op basis van de data die wij krijgen. Zo is het ook met de zorg in natura. Die wil ik geen automatisme laten zijn maar ik wil bevorderen dat zorg in natura zodanig wordt ingekocht dat mensen er wat aan hebben. Net zo wil ik pgb's geen automatisme laten zijn in de zin dat het volgens die of die criteria goed is. Bij

persoonsgebonden budgetten zal het zo zijn dat ze heel persoonsgericht moeten zijn en dat wij ze moeten toesnijden op de wensen van de mensen. Overigens zal er bij pgb's ook altijd het individuele criterium zijn of je het kunt beheren en of het doelmatig is. Die criteria staan ook in de bestuurlijke afspraken.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
De staatssecretaris heeft heel vaak in debatten aangegeven: van systemen naar mensen. Wij hebben uitgebreid gediscussieerd over de vraag wat het zou betekenen als een groep mensen uit de AWBZ gaat gebruikmaken van de Zorgverzekeringswet. Ik probeer me echt te verplaatsen in de logica van de staatssecretaris. Zowel in de Wmo als in de Wlz als in de Jeugdwet hebben wij met elkaar toegangscriteria geformuleerd. Waarom zouden wij voor zorgverzekeraars een uitzondering maken? Waarom zouden wij moeten wachten op een monitor, waaruit waarschijnlijk fantastische resultaten komen, ofschoon wij nu ook andere signalen krijgen? Ik snap dus het verhaal van de staatssecretaris niet, wetende dat wij dit voor drie andere wetten anders hebben gedaan. Wat is daarvan de logica?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Hebben wij het anders gedaan? Als je bij die andere wetten wat dieper kijkt naar hoe wij het geregeld hebben, zie je dat er sprake is van dezelfde balans, geregeld in een ander wetssysteem. Bij de Wmo zeggen wij tegen de gemeenten dat zij een passende voorziening moeten treffen. Die passende voorziening kan ook de vorm krijgen van een pgb als daartoe wordt besloten. Wij hebben daarbij wel tegen de gemeenten gezegd dat zij moeten bepalen of het inderdaad een passende voorziening is en of mensen het aankunnen; ik zeg het even simpel. Daarbij hebben wij dat dus ook zo geformuleerd. In de Wet langdurige zorg is het precies hetzelfde. Sterker nog, daarin is het zelfs nog wat strakker. Daarbij is er namelijk een onafhankelijk indicatieorgaan dat eerst iets moet zeggen. Dit stelt een zorgprofiel vast; dat is allemaal al bepaald. Vervolgens gaat het zorgkantoor met jou in gesprek, het bewustekeuzegesprek, over de vraag: wat zullen wij doen, zorg in natura of pgb? Je zou in zekere zin kunnen zeggen dat het daarbij nog veel strakker geregeld is dan in de Zorgverzekeringswet. Bij die laatste wet is bepaald dat zorgverzekeraars moeten inkopen. Er zijn afspraken gemaakt wat je voor pgb's in aanmerking laat komen. Vervolgens moet men ervoor zorgen dat de balans er is. Het is dus zo veel mogelijk gesynchroniseerd, rekening houdend met het feit dat de spelers anders zijn en de condities een beetje anders zijn. Maar er is wel zo veel mogelijk naar synchronisatie gezocht. Ik herinner me overigens nog dat wij op verzoek van D66 bij een van de debatten zo'n mooie tabel hebben gemaakt waarin wij het allemaal hebben uitgeschreven: hoe steekt het ongeveer in elkaar met de pgb's in de verschillende wetten? Toen trokken wij de conclusie: nou, dat lijkt toch wel erg op elkaar.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik ben blij dat de staatssecretaris nog even verwijst naar een tabel op ons verzoek. Dat was inderdaad heel overzichtelijk. Vanuit de Wlz zijn toegangscriteria geformuleerd. In het amendement op stuk nr. 25 hebben wij gezegd: laat die ook van toepassing zijn op de Zorgverzekeringswet. Dan geef je mensen houvast in plaats van een gesprek zonder houvast, waarin ze afhankelijk zijn van de wijze waarop de zorgverzekeraar omgaat met de toegangscriteria. Nu formuleer je een aantal toegangscriteria in de wet. Ik snap met alle goede wil van de wereld nog steeds niet waarom je niet een aantal toegangscriteria in de wet zou formuleren, als je echt denkt vanuit mensen. Er is bovendien nog een mogelijkheid met een Algemene Maatregel van Bestuur om te corrigeren en een aantal dingen verder uit te werken. Ik snap het niet, zeker niet omdat het argument van de staatssecretaris is dat het niet in lijn is met de bestuurlijke afspraken. Die waren immers niet bedoeld als richtlijn, maar als opzetje om te komen tot deze wetsbehandeling.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Het zou heel goed zijn om op grond van die praktijkervaringen tot nieuwe afspraken te komen als dat nodig is. Ik zou willen dat er een praktijk ontstaat waarin de persoonsgebonden budgetten een normaal onderdeel worden van de Zorgverzekeringswet, net als alle overige zorgvormen zoals medisch-specialistische zorg en huisartsenzorg. Ik zou willen dat partijen met elkaar om de tafel gaan zitten als dat nodig is, om af te spreken hoe ze dat gaan doen. U kunt het richtlijnen noemen, hoewel het hier misschien anders heet. Op basis van die afspraken zouden de zorgverzekeraars moeten gaan inkopen. Ik vind het belangrijk om te bekijken of we dat systeem kunnen respecteren, door niet aan de voorkant al de criteria voor te schrijven. De criteria zouden medeontwikkeld moeten worden door de partijen uit de praktijk en door de mensen om wie het gaat. Wij moeten met elkaar in de gaten houden of het in de praktijk goed loopt. Er moet goed toezicht zijn en we moeten een maatregel hebben voor het geval het misgaat. Ik zou ervoor willen pleiten dat we die ruimte aan partijen geven bij de introductie van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Laten we geen illusies koesteren. Ik heb niet op voorhand het vertrouwen dat het goed gaat. Ik constateer dat het goed zou zijn als partijen afspraken met elkaar maken, dat wij met elkaar in de gaten houden of het goed gaat en dat we ingrijpen op het moment dat het nodig is. Ik wil dus niet aan de voorkant al voorschrijven hoe het moet en later concluderen dat het toch niet helemaal lekker zit.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Mijn vraag aan de staatssecretaris is dan toch of hij daarin niet alleen staat. De enige partij die het niet wil, is de VVD. Verder wil iedereen dat de toegangscriteria in de wet worden opgenomen. Ook belangenorganisaties en cliëntenorganisaties geven aan dat het van belang is. De enigen die het niet willen, zijn de VVD en de zorgverzekeraars. De staatssecretaris luistert vaak naar de verschillende belangen, maar veranderen die zijn mening niet, gehoord hebbende dat wij tweeënhalf uur met elkaar hebben gesproken over met name de toegangscriteria? Verandert dat iets aan zijn oordeel?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik probeer dit debat zo inhoudelijk mogelijk aan te gaan, door te zeggen wat de overwegingen zijn en de randvoorwaarden waarbinnen we hebben geopereerd. Ik luister goed naar de Kamer en hoor haar zeggen: je kunt wel zeggen dat dit allemaal goed verloopt, maar dat is niet vanzelfsprekend. Dat hoor ik ook van anderen. Ik hoor het bijvoorbeeld van

Per Saldo. Als de zorgverzekeraars zeggen dat het goed gaat, is het niet zo dat ik denk dat het allemaal wel goed zal zijn. Als er anderzijds mensen zijn die zeggen dat het bij hen is fout gegaan, wil ik ook graag weten om welke reden het pgb is geweigerd en wat er achter zit. Dat is de reden dat ik het debat graag inhoudelijk maak, een beetje in de traditie van D66, zodat we kunnen vragen waarop we het gaan baseren. Gaan we het baseren op een paar regels die we vooraf maken en zeggen we dan: we zien wel? Of zeggen we: laten we kijken naar de uitgangspunten van de verankering in de wet, om vervolgens, op grond van toezicht, signalen en monitoring, heel goed te bekijken of er aanscherping nodig is? Ik denk dat we op deze manier partijen in de gelegenheid stellen om te doen wat ze moeten doen, namelijk met elkaar afspraken maken over wat goed zou zijn voor de verschillende doelgroepen. Aan de andere kant hebben we een stok achter de deur om in te grijpen als blijkt dat het niet goed zit. Dat kan wat mij betreft door alle partijen worden aangegeven. Ik wil het zo inhoudelijk mogelijk aanvliegen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
In het ongeamendeerde wetsvoorstel dat wij van het kabinet hebben ontvangen, staat al wel de mogelijkheid dat bij AMvB kan worden bepaald onder welke voorwaarden de verzekerden in aanmerking komen. Er wordt dus nadrukkelijk een mogelijkheid geschapen om de toegangscriteria op die manier vast te stellen. De staatssecretaris gaf aan dat het een stok achter de deur is; zo las ik dat ook in de stukken. Wordt het op deze manier juist niet te lastig om in te grijpen? Je hebt immers pas een titel om dat te doen als het echt helemaal misgaat in de praktijk.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Nou, nee, want ik heb van tevoren gezegd hoe we dat gaan volgen. We hebben gezegd dat we de gemaakte afspraken expliciet onderdeel laten uitmaken van het toezichtkader van de Zorgautoriteit. Daarnaast zou ik ervoor willen zorgen dat we de informatie die uit de toegang tot de klachten- en geschillenregeling komt, gebruiken om te beoordelen hoe het gaat. Bovendien loopt er een onafhankelijke monitor door de Radbouduniversiteit, waarvan wij de informatie krijgen. Ik constateer dat we die informatie in april allemaal zullen hebben.

Ik denk dus dat wij vrij snel informatie zullen krijgen waaruit blijkt of het goed loopt of niet. Die kunnen wij dan betrekken in de gesprekken die wij vervolgens met partijen zullen voeren over wat zij ervan vinden. Als wij dan van mening zijn dat wij nadere maatregelen moeten treffen, kunnen wij dat ook doen. Ik heb begrepen dat er amendementen zijn die een voorhang regelen. Dat stelt de Kamer in staat om hierin intensief mee te kijken.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik begrijp de redenering van de staatssecretaris, maar zeggen dat je nog niet weet of je het gaat doen en je afvragen wat het geschikte moment is om het te gaan doen, zijn twee verschillende dingen. Ik hoorde de staatssecretaris in het begin zeggen dat er in de AMvB een mogelijkheid zit die wij ook moeten benutten, maar anderzijds hoor ik hem zeggen dat wij die alleen moeten benutten als het misgaat. Wat is het nu? Is dit alleen iets wat wij als sanctie eventueel kunnen doen, of zou het vanuit het oogpunt van rechtszekerheid best verstandig kunnen zijn om het op die manier te regelen, maar is het nu net nog even te vroeg daarvoor? Dat vind ik toch wel een verschil.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Misschien zit het er een beetje tussenin.

De **voorzitter**:
Nu wordt het wel erg verfijnd!

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat realiseer ik mij. Ik zal proberen wat grover te spreken!

De mogelijkheid is in de AMvB gekomen om een stok achter de deur te kunnen hebben. Daarmee hebben wij bewust de keuze gemaakt om niet op voorhand op te schrijven hoe het moet, maar te bekijken hoe het in de praktijk gaat. De heer Van der Staaij vraagt: wanneer ga je dat dan doen? Als uit die drie informatiebronnen blijkt dat het niet goed gaat en dat dat reden is om nadere maatregelen te nemen, zullen wij dat doen. Ik heb erbij gezegd dat het toeval wil — maar toeval bestaat misschien niet — dat wij die informatie in april al hebben. Dan kunnen wij dus heel goed beoordelen of het nodig is om over te gaan tot nadere maatregelen en gebruik te maken van de AMvB-mogelijkheid die er al is, of juist constateren dat het in de praktijk heel goed loopt. Overigens zou ik het erg goed vinden als wij hier net als bij die andere zorgvormen — het pgb in de Zorgverzekeringswet moet een normale vorm van zorg zijn — partijen in de gelegenheid stellen om aan te geven wat zij ervan vinden en welke maatregelen zij voor zouden willen stellen. Ik snap best dat ik partijen dan misschien een handje moet helpen, want als de ene partij zegt dat het goed gaat en de andere dat het slecht gaat, zullen wij dit toch met feiten moeten onderbouwen. Dat zijn we nu aan het doen. Wij krijgen dus alle gelegenheid om dit met elkaar uit te spreken en de Kamer daarbij te betrekken.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Het lastige hieraan vind ik dat het afhankelijk wordt gemaakt van de vraag of je vindt dat het goed gaat of niet. Gaat dat de discussie niet belasten in plaats van makkelijker maken? Kun je het niet makkelijker maken door te zeggen: wij snappen allemaal dat er heel veel discussie is en dat de uniformiteit gauw in het geding kan komen, dus wij wachten nog even af wat er precies uit die monitor komt, maar spreken wel af dat wij de toegangscriteria op een goede manier vastleggen, hopelijk naar tevredenheid van iedereen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
De heer Van der Staaij zet nu één stapje verder. Ik zie aan zijn gezicht dat hij dat ook beoogt. Wij hebben nu simpelweg gezegd: als het nodig is, moeten we het doen. De heer Van der Staaij zegt: spreek nu maar uit dat het nodig is! Ik denk dat het verstandig is om alleen op grond van de feiten vast te stellen dat het nodig is en niet op voorhand al te zeggen dat het wel nodig zal zijn. Ik wil partijen in de gelegenheid stellen om dit netjes te doen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik heb de staatssecretaris horen zeggen dat hij verschillen of concurrentie tussen zorgverzekeraars op de toegang tot het pgb ongewenst vindt. Ik ben blij dat hij dat heeft uitgesproken, maar ben wel benieuwd hoe hij dat vervolgens wil regelen. Wij zien in de praktijk dat zorgverzekeraars hierin heel verschillend optreden. En hoe wil de staatssecretaris verzekerden helderheid bieden over de vraag of zij recht hebben op een pgb? In de Jeugdwet, de Wmo en de Wlz blijken criteria te staan die velen naar tevredenheid houvast bieden. Waarom zou je die niet ook in de Zorgverzekeringswet kunnen opnemen? Hoe gaat de staatssecretaris verzekerden houvast bieden? Ten eerste wil ik dus weten hoe je uniformiteit regelt en ten tweede hoe je verzekerden houvast biedt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Nou ja, uniformiteit, ik hoop dat ook met die pgb's — ik herhaal: ook zo veel mogelijk bij zorg in natura — rekening wordt gehouden met de wensen van de cliënt-patiënt. Dit betekent dat met de bewustekeuzegesprekken gewoon gesprekken kunnen plaatsvinden over wat in iemands situatie het beste is. Om het een beetje te overdrijven, ik zie ook in de praktijk dat mensen misschien wel gedwongen hebben moeten kiezen voor een persoonsgebonden budget, terwijl het wellicht simpeler voor die mensen geregeld zou kunnen worden via zorg in natura. Ook met het stellen van een regel vang je geen volledige uniformiteit, omdat het onderdeel van de regel zal zijn of je het wel of niet kunt beheren. Hierover zijn wij het allemaal eens. Dat leidt tot een individueel besluit. Tegen de een kun je zeggen: "ik denk dat u het niet kunt beheren" en tegen de ander: "ik denk dat u het wel kunt beheren". Die uniformiteit kun je sowieso nooit helemaal regelen. Bij een aantal aspecten van die toegang zul je dus maatwerk moeten maken. We zeggen wel dat de afwegingen die de zorgverzekeraars maken, onder het toezicht vallen. Er is zorgplicht. Als je met elkaar afspreekt dat de regels zo en zo worden gesteld, vragen wij de zorgautoriteit om erop toe te zien dat de wijze waarop de zorgverzekeraars dat gaan vormgeven voor hun verzekerden, in voldoende mate zal voldoen aan de zorgplicht, want daar komen ze niet onderuit. Volledige uniformiteit zul je niet krijgen, wat we ook verzinnen, want er zit een criterium bij waarbinnen je juist die individuele beoordeling moet maken. Er zit wel de beoordeling in of de verzekeraar voor alle verzekerden die dat nodig hebben, die zorg levert die binnen de afspraken staat, of dit nu om pgb's gaat of om zorg in natura.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Verzekeraars hebben een heel belangrijke verantwoordelijkheid. Dit geldt overigens zowel voor zorg in natura als voor pgb's. Dat zijn geen tegengestelde zaken; wij hebben dat hier eerder gewisseld. Voor beide geldt dat ze moeten letten op doelmatigheid en kwaliteit. Die zijn echter net als "je moet het wel aankunnen" onderdeel van die set uniforme criteria. Als je het aankunt, als het doelmatig is, als het kwalitatief goed is, dat is dan een uniforme set. Zou daar dan niet de houvast in gevonden kunnen worden, zowel voor de verzekerde als voor de verzekeraar?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Inhoudelijk denk ik er iets anders over. Je hebt er ook niet veel aan als je zegt dat dit het beoordelingslijstje is — het moet kwalitatief goed zijn, het moet doelmatig zijn, je moet het kunnen beheren en nog enkele andere punten — want dat leidt niet tot meer zekerheid voor de budgethouder. Deze zal nog steeds afhankelijk zijn van het oordeel van de zorgverzekeraar, die zegt: in jouw geval doen we dit en in jouw geval doen we dat. Dat raakt precies mijn punt. Als je zegt dat je scherper wilt kunnen sturen waar het niet goed gaat, of het nu om de zorgplicht gaat of om andere criteria, laten we dan die mogelijkheden behouden die ook in de wet gecreëerd zijn zodat we het heel toegespitst kunnen doen. Anders schrijven we wat op waarvan we denken dat het uniformiteit biedt, maar dan weet ik in deze fase niet wat we dan voor uniformiteit bieden.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Dit verbaast mij, omdat we te maken hebben met criteria die in drie andere wetten staan. Wij hebben daarin ook niet zomaar iets opgeschreven. Natuurlijk is er altijd een organisatie, een gemeente, een zorgkantoor of een verzekeraar — ik ben dat met de staatssecretaris eens — die een beslissing moet nemen. Daar kun je het mee eens zijn of niet. Als je het er niet mee eens bent, is er nu — dat vind ik goed van de staatssecretaris — die versnelde SKGZ-route. Uiteindelijk is er een set spelregels waar je je aan moet houden. Die hebben wij niet zomaar in de Wlz of in die andere wetten gekwakt. Het blijkt in de praktijk toch een hanteerbare lijst te zijn. Het is niet zomaar een lijstje. Deze werkt in die drie andere wetten ook. Waarom niet in de Zorgverzekeringswet? Kan de staatssecretaris daar nader op ingaan?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Het kan wel met in potentie dezelfde discussie. Ik wijs erop dat in de Wmo het de gemeente is die moet beoordelen wat een passende voorziening is. Wij hebben de gemeente daarbinnen heel veel vrijheid gegeven om te bepalen in welk geval een persoonsgebonden budget wordt verstrekt. Wij hebben daarover debat gevoerd in deze Kamer. De Wlz is strakker geregeld. Daarin is een onafhankelijke indicatiestelling opgenomen, dat is de toegang. Daar hoort een zorgprofiel bij en vervolgens wordt vastgesteld hoe die verder wordt vormgegeven, met huisbezoeken en bewustekeuzegesprekken. Gelet op het systeem van de Zorgverzekeringswet en de inkooprol van de verzekeraars zit de Zorgverzekeringswet daar een beetje tussenin. De indicatie wordt uitgevoerd door professionals en de zorginkoop vindt plaats op grond van richtlijnen die met partijen worden afgesproken. Gelet op de geluiden uit het veld en de geluiden van de Kamer, snap ik dat we dat toch wat scherper in de gaten willen houden, met een soort verscherpte dijkbewaking: prima, maar we willen dan wel aan de hand van de feiten, het toezicht, de geschillen en de monitor bekijken of er een aanscherping moet plaatsvinden van die criteria, die dan op de praktijk zijn toegesneden. Dan kunnen wij ook beter zien op grond waarvan er nu wel of niet wordt geweigerd en hoe het met die balans zit.

De **voorzitter**:
Mijnheer Van Dijk ten slotte? Het hoeft niet.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Dat weet ik. Ik zit nog even na te denken, want dat is eigenlijk ook de vraag die de heer Van der Staaij opwierp. Hij blijft toch nog een beetje puzzelen of die AMvB er wel of niet komt. Als het allemaal goed gaat, dan zou je de bestuurlijke afspraak daarin kunnen zetten. Gaat het allemaal niet goed, dan zou je het kunnen aanscherpen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Zo kijk ik er ongeveer ook pragmatisch tegenaan. Wij krijgen verschillende informatiebronnen. Er is een amendement met voorhang. Op grond daarvan kunnen wij ook tegen elkaar zeggen: wat vinden we daar nou van? Er zullen best verschillen zijn in hoe dat wordt geapprecieerd. Dan hebben we geen quickscan op grond van de meningen van de zorgverzekeraars, want dat is niet voldoende. Dan hebben we wel toezichtresultaten en geschillenresultaten. De Radboud Universiteit bekijkt hoe het in de praktijk gaat. Als wij dat willen, zou je tot een nadere aanscherping kunnen komen. Als het niet goed gaat, dan moeten we dat willen. Zonder de verschillen te minimaliseren, is de discussie uiteindelijk: ga je van tevoren regels stellen waarvan je niet zeker weet wat je doet — ik overdrijf — of bekijk je even in de praktijk hoe het gaat? Als het niet gaat, kun je heel precies zeggen waar het anders moet.

De **voorzitter**:
Zonder het eerste deel van het debat gevolgd te hebben, heb ik toch de indruk dat we ergens gaan komen. Mevrouw Voortman had ik al het woord gegeven, mevrouw Dik-Faber ook, maar de heer Potters nog niet.

De heer **Potters** (VVD):
De VVD heeft in de eerste termijn duidelijk gemaakt dat het stelsel van de Zorgverzekeringswet belangrijk is, dat we moeten oppassen en dat het belang van de balans, waarop de staatssecretaris ook wijst, groot is. De staatssecretaris gaat ook in op de inkooprol van de zorgverzekeraars en met name de verantwoordelijkheid en de zorgplicht voor cliënten. Nu hoor ik toch wel heel veel: AMvB, regels stellen, voorkant, toezicht, regelen, oppassen, het gaat misschien verkeerd. Ik wil toch nog eens even weten waarom ook de staatssecretaris vindt dat die inkooprol groot moet zijn en dat de zorgverzekeraars daarin hun rol moeten kunnen pakken. Ik vind dat de balans nu een beetje naar de ene kant uitslaat.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik heb een vrij uitgebreid betoog gehouden over het belang van de opdracht die wij aan verzekeraars geven tot selectieve zorginkoop op grond van kwaliteit als een essentieel onderdeel om de zorg meer persoonsgericht, kwalitatief goed en qua kosten beheersbaar te maken. Daarom is van belang om die rol te geven en daarvoor goede criteria uit een oogpunt van zorgplicht te stellen. Ik heb ook aangegeven dat wij moeten voorkomen dat er een soort concurrentie zal ontstaan tussen zorg in natura en persoonsgebonden budgetten. Ik wil niet dat zorgverzekeraars achterover kunnen leunen: ik heb meegekregen via welk lijstje ik die pgb's moet verstrekken. Dus ja, die inkooprol is zeer van belang. Dat is precies de reden waarom ik die balans erin wil houden, met één kanttekening. Er staat niet voor niets in de wet dat we een AMvB kunnen maken. Als de Kamer zou vinden dat het niet goed gaat, dan vind ik dat wij netjes die procedure moeten volgen en dat het primair aan partijen is om met elkaar te bespreken: wat vinden we daarvan, komen we tot nadere voorstellen? Als wij er met elkaar ontevreden over zijn, hebben wij die AMvB.

De heer **Potters** (VVD):
Dat is volgens mij de goede volgorde. Er is nu een amendement voor een voorhangprocedure, die wij zullen steunen, om juist te bekijken wat op dat moment echt nodig is en hoe we ervoor zorgen dat het stelsel, waarin die balans zo belangrijk is, in evenwicht wordt gehouden. Ik ga ervan uit dat wij alleen precies dat regelen wat er nodig is en echt niks meer.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
U hebt uw inbreng voor dat debat al geleverd, zie ik.

De **voorzitter**:
Ik kijk even rond. Is er na deze interruptieronde van 55 minuten nog behoefte aan meer interrupties op dit punt? Ik zie dat dat het geval is. Dan gaan we nog heel even door, maar daarna ga ik op de klok letten.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dit is mijn laatste interruptie — die had ik ook al aangekondigd — op het punt van de toegangscriteria. Ik heb een van de drie amendementen gepakt. Het moet gaan om toereikende zorg van goede kwaliteit, iemand moet in staat zijn om op verantwoorde wijze het pgb te hanteren, er moet sprake zijn van verantwoorde zorg en er moet een budgetplan liggen. Mijn vraag aan de staatssecretaris is waar deze toegangscriteria onredelijk zijn. Ze werken gewoon goed in andere wetten. De staatssecretaris heeft gezegd dat hij eerst de rapportages wil afwachten, dat hij de monitoring wil afwachten. Waar zijn deze criteria nu onredelijk, zo onredelijk dat we hier geen stap verder mee kunnen zetten?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ze zijn helemaal niet onredelijk. Ze staan in de bestuurlijke afspraken. De wedervraag zou kunnen zijn: wat willen we met het in de wet zetten ervan? Het is op zich wel bijzonder om aan de voorkant te zeggen dat het redelijk moet zijn, dat het toegankelijk moet zijn en dat je moet kunnen beheren. Die criteria zeggen eigenlijk voor de budgethouder ook niet zo gek veel. Het gaat dan nog steeds om het oordeel van de zorgverzekeraar. Die moet in dat geval zeggen: hier wel en hier niet. Dan zeg ik liever op grond van geconstateerde feiten, van zaken die niet goed gaan, waar de aanscherping moet plaatsvinden. Ik denk dat we dan scherper bezig zijn dan als we proberen om aan de voorkant criteria te formuleren die de budgethouder weinig zekerheid geven. Ik wil echt in de praktijk kijken hoe het gaat. Ik wil luisteren naar de budgethouders en horen wat hun beleving is bij het goed laten landen van die persoonsgebonden budgetten.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik denk dat de staatssecretaris en ik hier echt van mening verschillen. Ik denk dat het zeker een stukje rechtszekerheid gaat geven voor de verzekerde, maar ook duidelijkheid voor de zorgverzekeraars zelf. Volgens mij maken we het onszelf gewoon heel erg lastig. De staatssecretaris zegt dat hij de monitoring en de rapportages wil afwachten. We horen echter nu al signalen uit de praktijk dat het niet goed gaat. Moet het 50% goed zijn, moet het 70% goed zijn of moet het 90% goed zijn? Wanneer komen we met een AMvB? Is wat we nu gaan doen niet de discussie vooruitschuiven?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Nee, wat mij betreft niet. Het is de discussie voeren op het moment dat we de feiten kennen. De weging daarvan zal bij u allen hetzelfde zijn of anders zijn. Dan kunnen we echter wel praten over de feiten waarover het gaat. Dat is volgens mij heel essentieel. Anders gaan we iets introduceren aan de voorkant, waarvan ook nog verschillende beelden zijn. Ik neem alle signalen serieus. Als de zorgverzekeraars met die quickscan zeggen dat zij de bestuurlijke afspraken goed uitvoeren, neem ik daar kennis van. Dat is echter niet het onafhankelijke onderzoek dat we nu juist aan het doen zijn. Daar ga ik me dus niet op baseren. Mevrouw Leijten zei volgens mij terecht — ik hoop niet dat ik haar oneigenlijk gebruik, maar dat zou ik natuurlijk sowieso niet doen — dat het beeld van hoe het gaat in de praktijk niet alleen gebaseerd moet worden op de afwijzingen, maar dat je ook moet kijken hoe het in den brede gaat. Dan hebben we echt een beeld van hoe het gaat.

De **voorzitter**:
Dan geef ik het woord aan mevrouw Voortman.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Voorzitter. Ik denk dat het na dit blok veel sneller zal gaan.

De **voorzitter**:
Daar ga ik van uit.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Dat denk ik wel. De staatssecretaris vraagt net wat we ermee winnen als we deze criteria — volgens mij herkende ik mijn eigen amendement — in de wet zetten. Ik denk dat we daarmee winnen dat we een heldere set aan uniforme criteria hebben waar mensen enige zekerheid aan kunnen ontlenen. Voor verzekeraars creëer je daarmee ook duidelijkheid. Ik snap eigenlijk het continue verzet van de staatssecretaris hiertegen niet. Wat is nu de reden om daar onduidelijk over te zijn?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik probeer inhoudelijk te beargumenteren waarom ik denk dat we scherper kunnen zijn, om het maar even zo te zeggen. Er zullen altijd een aantal criteria zijn waarvan je vindt dat je ze moet wegen bij het beoordelen van het pgb, zoals of je het kunt beheren en hoe het zit met doelmatigheid. Die criteria geven niet op voorhand zekerheid en ook geen uniformiteit. Dat zal afhankelijk zijn van individuele beoordeling. Ik hoop dat mevrouw Voortman dat met mij eens is. Een aantal van die criteria vraagt een beoordelingsmoment van de zorgverzekeraar. Die leiden niet tot uniformiteit en ook niet tot meer rechtszekerheid. Van een aantal andere criteria zal misschien in de praktijk blijken dat ze een slagje anders moeten. Die wil ik graag baseren op hoe het in de praktijk gaat in plaats van dat we hier op voorhand zeggen, op grond van signalen van de verzekeraars of de budgethouders: laten we het dan zo maar doen. Daar ben ik niet zo voor. Ik ben het er dus zeer mee eens dat het nodig kan zijn om die criteria aan te scherpen. Sterker nog, ik heb aangekondigd dat we een aantal bronnen zullen hebben op grond waarvan we vrij snel tot een oordeel kunnen komen over hoe het loopt. Als dat nodig is, kunnen we dan in overleg met partijen zo'n AMvB maken. Ik zou dat niet als een heel principieel verschil willen zien. Laten we zorgen dat het een beetje past in de wijze waarop we die Zorgverzekeringswet hebben gemaakt, en laten we ons baseren op hoe het in de praktijk gaat.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik hoor nu dat de staatssecretaris zegt dat we het eigenlijk niet oneens zijn over het rijtje criteria die ook in de Wet langdurige zorg staan. Laten we dan afspreken dat we die wel in de wet zetten — kun je het beheren et cetera? — en dat we die andere criteria, die we misschien nu nog niet kunnen bedenken, per AMvB kunnen regelen. Zou dat een oplossing zijn?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
In mijn ogen niet, want het voegt weinig toe aan de vraag of het uniformiteit en zekerheid geeft. Je gaat niet aan de voorkant zeggen wat we al in de bestuurlijke afspraken hebben zitten en waarvoor we een heel toezichtsysteem hebben ingericht. Daarvan heb ik gezegd: laten we die bestuurlijke afspraken onderdeel maken van het toezichtkader. Dan hebben we, denk ik, voldoende waarborgen ingebouwd om dat een goed proces te laten zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik vond het een buitengewoon scherpe en terechte opmerking van mevrouw Voortman. Ze zegt: we hebben die drie toegangseisen in de Wet langdurige zorg; waarom nemen die niet over in de Zorgverzekeringswet?; en wij houden het daar nu bij. Mijn vraag aan de staatssecretaris is nogmaals: waarom pakt hij niet gewoon die drie toegangscriteria uit de Wet langdurige zorg? Laten we die nu dan regelen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik heb dat al een paar keer gezegd. De beoordelingen die plaatsvinden in de Wmo, de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet zijn anders van karakter, omdat er andere spelers zijn met andere wetten. Het is nu eenmaal zo dat als we het pgb in de Zorgverzekeringswet verankeren, we moeten kijken hoe het in die wet zit. Als we de pgb's in de Wet langdurige zorg gaan verankeren, moeten we kijken hoe het in díé wet zit. Ik heb in antwoord op mevrouw Bergkamp al gezegd dat we daar hele overzichten van hebben gemaakt. Daarin hebben we bekeken hoe die verschillende verankeringen hebben plaatsgevonden, gegeven de spelers en het karakter van die verschillende wetten. Ik heb geprobeerd om aan te geven dat dat weliswaar op een

verschillende manier is vormgegeven, maar vanuit dezelfde basisprincipes.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voor het CDA staat in de Wet langdurige zorg en in de Zorgverzekeringswet de budgethouder centraal, en niet het systeem. Maar laten we even kijken naar de functie van wetgeving. We kunnen hier in de Kamer met elkaar op twee manieren wetgeving maken, heb ik geleerd op de wetgevingscursus toen ik nog bij het ministerie van Binnenlandse Zaken werkte. Je kunt normstellend zijn — je bepaalt met elkaar wat je wilt — en je kunt een praktijk vastleggen die zo is. Ik hoor hier in de Kamer bijna iedereen zeggen: laten we normstellend zijn; laten we zeggen hoe we het willen hebben. De staatssecretaris zegt: laten we de praktijk maar afwachten. Wat heeft de staatssecretaris erop tegen dat we hier wetgeving maken die normstellend is?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik heb daar natuurlijk niets tegen, maar ik probeer mijn inhoudelijke argumenten te geven waarom ik een paar punten wil verankeren in de Zorgverzekeringswet. Het eerste is het ongelooflijk belangrijke punt dat het pgb als instrument in de Zorgverzekeringswet verankerd is. Dat is echt een totempaal, om het maar even zo te zeggen. Het tweede is dat we partijen, zowel de budgethouders als de zorgverzekeraars, de gelegenheid geven om net als bij alle andere vormen van zorg afspraken te maken met elkaar en om richtlijnen te maken hoe ze het gaan doen. Het derde is dat in het systeem van de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid zit om in te grijpen als dat nodig is. Dan vind ik het passend om dat te doen als het nodig is. Of dat nodig is, beoordelen we aan de hand van de feiten. Je kunt er anders over denken. Je kunt ook zeggen: ik wil aan de voorkant de norm stellen hoe het moet. Ik vind daar nadelen aan zitten en ik heb geprobeerd die over te brengen.

De **voorzitter**:
Ik voel aankomen dat wij langzamerhand in herhalingen gaan vervallen. Ik wijs daar gewoon even op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik vind het een stap vooruit dat de staatssecretaris zegt dat hij wel degelijk normstellend bezig wil zijn. Het enige verzoek dat ik nu hoor is: neem de drie normen over uit de Wet langdurige zorg, zorg ervoor dat je daarop normstellend bent en laat de rest bekijken hoe het in de praktijk gaat.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik heb beargumenteerd waarom ik dat een minder goed idee vind. Bij het normstellende karakter gaat het over: je moet erop letten of je het kunt beheren; je moet letten op de doelmatigheid; je moet de doelmatigheid beoordelen. Dat betekent "up front" voor de budgethouder niet zo veel. Als ik normstellend wil zijn, wil ik dat heel precies doen aan de hand van de vraag wat er nodig is. Daarover verschillen wij dan misschien van opvatting.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Er is een groot verschil tussen deze Kamer en de staatssecretaris. Wij hebben nu een jaar ervaring met het toekennen van persoonsgebonden budgetten door zorgverzekeraars. Dat leidt ertoe dat de Kamer zegt: wij willen uniforme toegangscriteria zodat er geen verschil komt tussen verzekeraar X, Y of Z, en wij willen een bepaalde mate van rechtszekerheid in de wet zetten. Wij nemen daarin mee dat er verborgen risicoselectie plaatsvindt. Dat staat in het rapport van de NZa dat wij vrijdag hebben gekregen. En het is duidelijk dat een meerderheid van de Kamer zegt dat die criteria er gaan komen. Na een lange discussie waaruit duidelijk blijkt dat wij het niet met elkaar eens worden, rest de vraag: accepteert de staatssecretaris het als de Kamer die toegangscriteria wel in de wet zet?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat is een merkwaardige vraag. We hebben hier een inhoudelijk debat over de wet, de verankering en de voorwaarden. Er liggen amendementen voor. Daar heb ik adviezen bij gegeven. Daar hebben wij een stevig debat over. Dat moet uiteindelijk leiden tot een oordeel van de Kamer over hoe zij over al die amendementen stemt. Dat zal moeten blijken. Het is goed dat wij een goed debat hebben over de inhoud en dat wij de argumenten goed wisselen, zodat mevrouw Leijten een goede weging kan maken. Ik ben ervan overtuigd dat zij een goede weging zal maken.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb het idee dat we kruiwagens vol met argumenten hebben aangedragen: er vindt risicoselectie plaats; er zijn in verschillende andere wetten gelijkluidende toegangscriteria; wij willen dat het persoonsgebonden budget, ook al is dat verankerd, niet wordt uitgehold doordat zorgverzekeraars het tamelijk willekeurig kunnen inzetten. De staatssecretaris gaat op geen van die argumenten in, maar hij komt met een systeemantwoord. Hij zegt: wij komen er samen wel uit. Maar hij vergeet daarbij dat een zorgverzekeraar een stuk machtiger is en veel langer de tijd heeft dan een individuele budgethouder en zijn familie. Die kunnen niet wachten op het moment waarop de zorgverzekeraar betaalt.

De **voorzitter**:
Dit begint op een tweede termijn te lijken in plaats van op een interruptie. Wat is uw vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik vraag de staatssecretaris heel simpel het volgende. Stel dat wij er niet uitkomen, hij niet zijn zin krijgt en hij de Kamer niet heeft overtuigd. Accepteert hij dan dat de Kamer toegangscriteria in de wet zet of die per Algemene Maatregel van Bestuur van kracht laat worden?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat zijn twee dingen. Wij hebben een aantal onderwerpen met elkaar besproken en karrenvrachten argumenten gewisseld. Dat is ook goed. Daar hebben wij ook een debat voor. Over de risicoselectie hebben wij het gehad. Ik heb aangegeven dat dat hier anders speelt dan in het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat kan mevrouw Leijten

niet met mij eens zijn, maar dat heb ik wel betoogd. Ik heb betoogd hoe deze wet waarborgt dat we niet alleen voor de verankering zorgen, maar ook voor het toezicht op de zorgplicht. Ik heb mevrouw Leijten ook aangegeven dat er een aantal nadere waarborgen gepleegd kunnen worden. Ik heb mevrouw Leijten ook aangegeven dat, als dat nodig is, ook de mogelijkheid tot nadere precisering in de wet zit. Ik begrijp dat mevrouw Leijten het verschil heel erg groot wil maken, maar naar mijn smaak hebben we toch wel met elkaar argumenten gewisseld. Als wij een debat in de Kamer hebben, moeten we argumenten wisselen en dan moet mevrouw Leijten bekijken voor welke amendementen ze wel of niet stemt.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik stel vast dat we na lange discussie en vele interrupties, ook van mijzelf, niet tot een vergelijk zijn gekomen. Dan komt er dus een situatie dat de Kamer waarschijnlijk iets zal besluiten wat de staatssecretaris uitdrukkelijk betoogt niet te willen. Wat gebeurt er dan? Accepteert de staatssecretaris het als de Kamer anders beslist?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Zullen we gewoon eerst het debat voeren, de stemmingen afwachten en dan vervolgens kijken wat er gebeurt? Ik kan mevrouw Leijten ook vragen of zij het accepteert als er een andere stemmingsuitslag is dan waarop zij hoopt. Dat wil ik ook niet vragen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat kan de staatssecretaris wel van mij vragen. Ik moet dat wel accepteren; dat is namelijk de democratie. Er worden hier een hoop besluiten genomen die ik graag anders had gezien. Mijn rol is dan proberen een meerderheid te krijgen om uiteindelijk de goede kant op te gaan. Dat zou een staatssecretaris ook moeten zeggen. Die zou ook moeten zeggen: oké, als er een meerderheid is voor een route die anders is dan ik zelf heb beoogd, leg ik mij daarbij neer. Dat was aanvankelijk de vraag.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik betoog met mijn argumenten waarom ik sommige amendementen heb ontraden en sommige amendementen niet. Vervolgens moeten we gewoon het oordeel van de Kamer over al die amendementen afwachten.

De **voorzitter**:
In ieder geval hebben we er stevig over gedebatteerd, met ook vrij veel interrupties. De staatssecretaris vervolgt zijn betoog. Ik wijs erop dat, volgens mij, al vrij veel van hetgeen er vermoedelijk in dat betoog zal zitten, tijdens de interrupties naar voren is gebracht. Misschien kan de staatssecretaris zijn stukken dus nog even ordenen en tot een ruwe selectie komen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat er enige wishful thinking zit in de aansporing van de voorzitter, maar ik zal het ook doen. Ik zal aan de hand van de specifieke vragen bekijken of ik daar al op ben ingegaan.

Mevrouw Leijten vroeg of ik zou willen bevorderen dat de bewustekeuzegesprekken worden gevoerd. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat die bewustekeuzegesprekken belangrijke instrumenten zijn. In de al gememoreerde bestuurlijke afspraken is ook opgenomen dat de zorgverzekeraars een bewustekeuzegesprek kunnen voeren. Dat is overigens ook opgenomen in het modelreglement van alle verzekeraars. We hebben bij de quickscan, waarover later nog wat nadere informatie komt, bekeken wat nu de praktijk is. Sommige zorgverzekeraars voeren bij alle aanvragen een bewustekeuzegesprek en sommige verzekeraars doen dat alleen als zij denken dat de informatie niet volledig is of als zij voornemens zijn een aanvraag te weigeren. Al met al deel ik de mening van mevrouw Leijten dat het belangrijk is om bewustekeuzegesprekken te voeren.

Wat betreft het basistarief wijs ik erop dat in de onderliggende regelgeving al waarborgen zitten om dat eventueel te kunnen doen. Ik denk dat het tijd vraagt om te beoordelen of dat nodig is. Er is dus ruimte om in de toekomst te kiezen voor zo'n variant, maar op dit moment zie ik, gelet op de overige waarborgen, nog geen aanleiding om dat te doen.

Mevrouw Leijten vroeg waarom zorgverzekeraars zo moeilijk doen als een familielid zorg verleent. Ze verwees daarbij naar de brief van DSW. Ik zie het door mevrouw Leijten geschetste verschil niet, want ik denk dat alle zorgverzekeraars het voordeel van de inzet van informele zorg zien. DSW wijst daar ook op. De onderliggende discussie gaat over de vraag welke informele zorg je normaal gesproken mag verwachten en welke informele zorg in aanmerking komt voor een pgb, al is het maar ter ondersteuning van de betreffende cliënt of patiënt. Ik wil hierover verder praten met Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland. Daarover is namelijk veel discussie. Het moet duidelijker worden wat precies de rol van de informele zorg is en wanneer je wel of niet ergens toe besluit. Ik zal dit punt dus met Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo verder bespreken.

Er is gevraagd naar een overzicht van alle herindicaties en het aantal uren. Dat overzicht heb ik niet. De cijfers over de uitgaven binnen de wijkverpleging van het Zorginstituut Nederland stuur ik elk kwartaal naar de Kamer. Dat zal ook aan het eind van dit kwartaal gebeuren. Wel zie ik dat het budget van de wijkverpleging, eufemistisch gezegd, niet lager wordt dan het was. Ik ben heel voorzichtig met het verbinden van conclusies daaraan, maar dat zou erop kunnen wijzen dat er tamelijk veel gecontracteerd wordt. Maar nogmaals: de precieze cijfers daarover zullen we later geven.

Ook is gevraagd waarom niet is voorzien in een beroepsprocedure zoals in de Wet langdurige zorg. Het is anders geregeld. In de Wet langdurige zorg is de pgb een subsidie. Daarin biedt dus de Algemene wet bestuursrecht de mogelijkheid tot bezwaar en beroep. De Zorgverzekeringswet is privaatrechtelijk maar biedt ook een bezwaar- en beroepsmogelijkheid. Die voorziet allereerst in een herbeoordeling bij de zorgverzekeraar, ten tweede in de inschakeling van de ombudsman als bemiddelaar en ten derde in de inschakeling van de SKGZ, waarvan ik de volledige naam kwijt ben. De SKGZ gaat over de geschillen in de zorg en kan dus een beslissing nemen en een heroverweging doen die de zorgverzekeraars vervolgens moeten uitvoeren. Ik heb voorgesteld om de procedures ten aanzien van zowel

de ombudsman als de SKGZ te versnellen. Overigens sluit ik niet uit dat daarvoor extra middelen nodig zijn; dat zullen we in overleg met de SKGZ verder bespreken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dat is prima, maar voordat je bij de SKGZ bent, moet je eerst nog langs de ombudsman en moet je nog twee keer langs bij de zorgverzekeraar. Het is dus slim om te investeren om de SKGZ-procedures korter te krijgen, maar zorg er dan ook voor dat het traject bij de zorgverzekeraar korter wordt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
De eerste route is natuurlijk dat je de zorgverzekeraar om een heroverweging vraagt, maar de route is ook dat, als je daarover niet tevreden bent, je bij de ombudsman terechtkunt en vervolgens in formele zin ook nog bij de SKGZ. Als ook de zorgverzekeraars het sneller doen, dan helpt dat natuurlijk de budgethouders. Mevrouw Bruins Slot heeft daar gelijk in.

De **voorzitter**:
Hadden we die SKGZ al een keer ...

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dat is de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Mijn punt voor de staatssecretaris is dat hij het wel kan proberen te versnellen aan het eind van het traject, maar om het echt snel te maken, zou ik ook die twee stappen ervoor versnellen. Wil de staatssecretaris dat ook gaan doen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Waar ik het kan bevorderen, zal ik dat zeker doen. Immers, hoe sneller je door de heroverweging heen bent, hoe sneller je kunt afwegen of je nog een volgende stap wilt zetten. Ik vind het echter ook belangrijk dat het niet alleen de zorgverzekeraar is die iets moet heroverwegen, maar dat ook de pgb-houder bij de ombudsman of de SKGZ terechtkan om zijn formele recht te halen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik ben aan het bekijken of ik op dit punt een amendement kan maken. Als dat overbodig kan worden of als een motie overbodig kan worden, dan zou me dat een lief ding waard zijn. Ik wil graag scherp hebben wat de staatssecretaris ons nu belooft. De herbeoordeling door de zorgverzekeraar kan nu eindeloos duren. Kunnen we afspreken dat het binnen vier weken moet? En móét je naar de ombudsman om naar de SKGZ, de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, te kunnen of is het een optie? Kan de staatssecretaris dat nu eens heel helder uitleggen, of anders dat heel kort en helder in een brief aan de Kamer opschrijven? Dan kunnen wij, als mensen bij ons komen, in ieder geval zeggen wat de klachtenregeling is en welke wegen zij moeten bewandelen. Het is nu namelijk voor mensen echt een vraagteken waar ze terechtkunnen en het is bijna een gunst om een herbeoordeling te krijgen, zeker ook met de termijnen die ik soms voorbij hoor komen.

De **voorzitter**:
De staatssecretaris kan met zijn antwoord een amendement en/of motie voorkomen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Over verwachtingenmanagement gesproken, voorzitter.

Allereerst moet je bij de verzekeraar terechtkunnen als je het niet eens bent met diens beslissing. Ik heb niet in mijn hoofd wat de termijn is, maar dat kunnen we nog bekijken. Vervolgens kun je bij de ombudsman terecht voor bemiddeling. Dat staat je vrij. Formeel kun je terecht bij de SKGZ. Ik hoor ook dat dat soms lang duurt. Dat is precies de reden waarom ik met de SKGZ in gesprek wil om de procedures zo veel mogelijk te bekorten. Overigens blijkt het traject van de ombudsman vaak heel goed te werken en ook veel korter te zijn. Mijn beeld was niet dat er heel veel misverstand over bestaat, maar ik wil nog wel met partijen bekijken hoe de klachten- en geschillenregelingen in elkaar zitten en wat de rechten van de budgethouders zijn om daarnaartoe te gaan. Ik wil best met partijen bekijken of we dat niet nog beter voor het voetlicht zouden kunnen brengen. Ik ben het namelijk met mevrouw Leijten eens dat het voor iedereen heel helder moet zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voor mij is het een verrassing dat je naar de Ombudsman kunt, want volgens mij is de Ombudsman ...

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Het gaat specifiek om de Ombudsman Zorgverzekeringen. Die is er.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Oké. Ik zou het heel fijn vinden als duidelijk is wat de procedure is en welke rechten je daaraan kunt ontlenen. Het gaat ons er uiteindelijk niet alleen om dat die procedure snel is, maar ook dat zij goed is, met doorzettingsmacht. Als het nu allemaal maar een beetje "mogelijk" is, dan is dat voor mij niet voldoende. Kan de staatssecretaris toezeggen dat hij ons op korte termijn even een brief toestuurt waarin staat wat precies de regeling is die volgens hem beter is dan wat we nu hebben?

De **voorzitter**:
Ik neem aan: voor de stemming.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Uiteraard!

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat wil ik wel doen. Mevrouw Leijten zegt: "beter dan we nu hebben". Dit hebben we nu en ik wil dat op een aantal punten versnellen.

Ik kom nu op haar punt betreffende het eigen risico.

De **voorzitter**:
Mevrouw Bruins Slot, voor precisie en fijnslijpen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ja. Ik heb een punt van orde. Ik heb de staatssecretaris niet horen zeggen dat hij die brief gaat sturen. Ik zou het wel mooi vinden om die voor de tweede termijn te hebben, want het is nogal een stappenplan dat men moet doorlopen. Ik wil graag dat zeer precies wordt aangegeven waar de versnelling dan gaat plaatsvinden, en hoeveel dat gaat opleveren.

De **voorzitter**:
Dit betekent dat u de facto nog een tweede ordevoorstel doet, namelijk om de tweede termijn niet meer vandaag te doen plaatsvinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Laten we het zo zeggen: in beginsel vóór de tweede termijn, onder de conditie dat we later nog bepalen wanneer die tweede termijn plaatsvindt. Is dat een tussenoplossing?

De **voorzitter**:
Helemaal goed.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik zal die brief zo snel mogelijk sturen. Als we gelijk na deze termijn een tweede termijn hebben, beloof ik niet dat de brief er voor de tweede termijn zal zijn. Hij zal er in ieder geval voor de stemmingen zijn.

Ik kom op de verrekening van het eigen risico. Daarover hebben wij eerder schriftelijke vragen van mevrouw Leijten beantwoord. Een zorgverzekeraar die een vordering heeft op een verzekerde, mag deze volgens het Burgerlijk Wetboek verrekenen met een betaling. Zo mag ook een openstaand eigen risico van de premiebetaler verrekend worden met een pgb-betaling. Dat heeft enige mate van redelijkheid, omdat je iets krijgt van en iets moet betalen aan dezelfde schuldeiser. Het lijkt mij dus redelijk dat dat gebeurt. Verzekerden die hierdoor in de problemen zouden komen, kunnen overigens een betalingsregeling treffen met hun zorgverzekeraar.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dit antwoord heb ik al twee keer eerder gehad. Ik probeer de staatssecretaris er met argumenten van te overtuigen dat dit geen recht doet aan de gelijkwaardige positie van het pgb ten opzichte van zorg in natura. Want bij zorg in natura kun je ook zeggen dat er een soort vordering is. Je hebt recht op zorg in natura. Daar ga je ook niet even een ochtend van afhalen omdat er nog ergens een eigen risico moet worden betaald. Het gaat mij erom dat je door de keuze voor een pgb in een nadelige positie wordt gebracht. Kan de staatssecretaris langs die lijn nog eens proberen om het amendement te omarmen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Mevrouw Leijten concludeert heel terecht dat we al een paar keer antwoorden met elkaar hebben gewisseld. Als je iets moet betalen — dat heb je nog niet gedaan maar het moet wel — en je aan de andere kant geld krijgt van dezelfde persoon, is het dan niet redelijk om dat met elkaar te verrekenen? Dat lijkt me ook prettig, anders krijg je daar weer administratief gedoe over. Het Burgerlijk Wetboek maakt dat ook nadrukkelijk mogelijk. Het zou heel ingewikkeld worden als je een schuld en een vordering zou hebben bij dezelfde persoon en vervolgens wel iets krijgt maar niet betaalt wat je moet betalen. Dat zou ik ook onplezierig vinden.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Er zijn mensen die een heel grote schuld hebben bij de zorgverzekeraar, omdat ze een tijdlang hun premie niet hebben betaald of niet hebben kunnen betalen. Als zij in aanmerking zouden komen voor wijkverpleging en daarvoor hun pgb zouden willen gebruiken, zouden direct al die termijnen daarvan worden afgeschreven. In dat soort situaties kun je terechtkomen. Volgens mij is het oneigenlijk om te zeggen: je hebt recht op zorg, voor die zorg geldt geen eigen risico want we hebben geen remgeld op de wijkverpleging, maar er kan toch eigen risico voor worden afgetrokken. Ik snap wel dat het Burgerlijk Wetboek zo werkt, maar ik vind de redenering binnen de Zorgverzekeringswet voor het pgb en het eigen risico eigenlijk niet kloppen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Nee, er kan geen sprake van zijn dat je dan geen zorg zou krijgen, want je hebt gewoon recht op zorg. Als je het niet kunt betalen, is er dus een betalingsregeling mogelijk. Zo moet dat worden opgelost.

Mevrouw Leijten vroeg ook of er een maximumpercentage zou moeten worden ingesteld voor bemiddelingsbureaus. Ik ben het met haar eens dat we ongelofelijk moeten opletten hoe het gaat met bemiddelingsbureaus. Ik zie heel goede bemiddelingsbureaus, die de budgethouder veel werk uit handen nemen. Ik zie ook bemiddelingsbureaus waarbij ik dezelfde twijfels heb als mevrouw Leijten: zou dat wel goed gaan en zou daar niet heel veel geld aan betaald worden? Budgethouders zijn echter vrij om hun budget te besteden. Zij schakelen daarvoor een bemiddelingsbureau in. Het is ingewikkeld om dan als overheid regels te gaan stellen voor hoeveel daaraan betaald mag worden. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat er soms percentages worden betaald die niet goed zijn. Ik wil ook samen met Per Saldo en andere cliëntenorganisaties bekijken of we nog veel aan voorlichting kunnen doen: als je gebruikmaakt van bemiddelingsbureaus, moet je hierop letten. Maar het gaat mij een slagje te ver om nu bij een pgb, waarbij mensen zelf mogen beslissen over hun geld, te zeggen: je mag het niet hieraan besteden. Ik ben het met haar zorgen overigens wel eens.

Niet alleen mevrouw Leijten maar ook anderen hebben gevraagd naar de AGB-codes. Om voor de tarieven in aanmerking te komen, moet de zorgverlener inderdaad beschikken over een AGB-code. Hij kan die code opvragen bij Vektis. Verzekerden zijn geïnformeerd via de polisvoorwaarden. Er zijn ook allerlei informatiemiddelen opgezet. Per Saldo en Vektis hebben informatie verschaft. Ik ben

bereid om de Kamer op korte termijn schriftelijk te informeren over het aantal lopende en toegekende aanvragen. Er werd immers gevraagd hoe het met de aantallen zit.

De **voorzitter**:
Wanneer gaat u de Kamer schriftelijk informeren? Ik heb de hinderlijke gewoonte dat ik, altijd als er iets wordt toegezegd, een datum daarbij wil weten.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik snap het. De brief over de AGB-codes zullen wij in het eerste kwartaal aan de Kamer doen toekomen. Dat is dus in maart.

De **voorzitter**:
Het is dus uiterlijk eind maart.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dit is de laatste keer dat ik hint op de termijn, voorzitter.

De **voorzitter**:
Als u er voortaan meteen een datum bij noemt, zult u mij niet horen piepen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
32 maart, voorzitter.

Nu ga ik in op de signalen van fraude. Als zorgverzekeraars signalen hebben van mogelijke fraude, denk ik dat het inderdaad heel belangrijk is dat zij zo slim mogelijk handelen — ik parafraseer mevrouw Leijten maar even — om ervoor te zorgen dat de vogel niet gevlogen is en de fraude kan worden opgespoord. Er was een strafrechtelijke inzet door de Inspectie SZW. Ook het OM is geïntensiveerd. Daar hebben wij extra middelen voor uitgetrokken, zoals de Kamer heeft kunnen lezen. Er kunnen nu jaarlijks meer fraudezaken worden opgepakt.

Verder zijn wij de samenwerking aan het versterken. We krijgen een centraal meldpunt voor de zorgfraude waarin alle betrokken organisaties, dus de zorgverzekeraars, de gemeenten, het Openbaar Ministerie en de Inspectie SZW bij elkaar zitten om fraudesignalen uit te wisselen en vervolgens vorm te geven aan — laat ik het zo maar formuleren — een intelligente actie. Daardoor kunnen toezichthouders en opsporingsdiensten vroegtijdig signalen van fraude uitwisselen en dus actie ondernemen. Gevraagd werd of je kunt binnenvallen. Daar zitten een aantal haken en ogen aan. De bedoeling van het meldpunt voor fraude is om de signalen die er zijn, uit te wisselen en vervolgens af te spreken wie welke actie onderneemt.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Meldpunten en afstemming: het klinkt allemaal hartstikke mooi. De situatie is dat zorgverzekeraars wel signalen ontvangen, maar die neerleggen. Daar gebeurt dan niets mee. Vervolgens wordt er gezegd: regel maar bewijsmateriaal, want dan kunnen wij wat doen. Maar als je bewijsmateriaal zoekt, moet je een onrechtmatige situatie laten voortduren. Dat wil niemand, want vaak is er sprake van misbruik, financiële uitbuiting en diefstal. Ik vraag specifiek of opsporingsdiensten een inval kunnen doen en beslag kunnen leggen op verzoek van zorgverzekeraars of op voorspraak van zorgverzekeraars. Ik vraag dus of ze concreet op kunnen treden. Is de staatssecretaris bereid om het daarover te hebben en dat mogelijk te maken?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Mevrouw Leijten kan ervan overtuigd zijn dat ik op dat punt zo ver mogelijk zou willen gaan. Als er signalen zijn, moet ingegrepen kunnen worden. Dan moet je de actie ondernemen die daarvoor nodig is. De kanttekening die ik daarbij maak, is dat je, als iemand vermoedt dat er sprake van fraude is, ook enig bewijs moet hebben om binnen te vallen. Je kunt namelijk niet zomaar zeggen: ik heb van iemand gehoord dat er misschien sprake is van fraude en daarom ga ik bij jou materiaal verzamelen. De opsporingsdienst zal een redelijke mate van bewijs moeten hebben om nadere acties te kunnen ondernemen. Daarbij moet je altijd afwegen waar je het wel of niet doet. Zo zit de wet in elkaar. We wisselen nu fraude-informatie uit, zodat we actie kunnen ondernemen. Het is maar de vraag of je daadwerkelijk kunt gaan kijken, want dat is natuurlijk ook met een aantal waarborgen omgeven die wij ook met z'n allen in wetten hebben geregeld. Ik ben het echter met mevrouw Leijten eens. Wij moeten op dat punt zover gaan als enigszins mogelijk is om de fraude zo diep mogelijk aan te pakken.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het is zo vervelend als het lijkt dat je dichtbij elkaar staat, maar je weet dat het in de praktijk niet gebeurt of wordt afgewezen. Is het mogelijk dat de staatssecretaris op korte termijn laat weten wat er bij dat meldpunt precies gemeld wordt en op welke wijze er dan wordt opgespoord? Of krijgen mensen die melden iedere keer te horen: zoek het maar uit of verzamel maar meer? Het aantal zaken rond het pgb wordt niet heel veel groter en het zijn altijd zaken die ver in het verleden liggen, terwijl wij weten dat het op dit moment plaatsvindt. Je wilt wel recht doen aan die zaken uit het verre verleden, maar je wilt ook dat er nu opgetreden wordt. En daar gaat het mij om.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik begrijp het ongeduld van mevrouw Leijten heel goed. Bij mijn weten sturen wij de Kamer binnenkort weer een rapportage over de stand van zaken rondom de fraude en de aanpak daarvan, waarbij ook de samenwerking tussen de verschillende organen aan de orde is. Ik beloof om met name dit punt mee te nemen in die rapportage, zodat wij daar indien nodig over kunnen spreken.

Mevrouw Bruins Slot vroeg hoe het pgb, dat een bijzondere vorm van restitutie is, zich verhoudt tot de eigen regie. Zie ik het pgb als een gelijkwaardig instrument? Dit betreft de bijzondere situatie van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Restitutie zit al in die wet. Er is dus al een manier waarop de verzekerde zijn eigen zorgverleners kan kiezen. Het pgb is een bijzondere variant van die restitutie. Beide zorgen voor eigen regie van de verzekerde. Het mag duidelijk zijn dat ook ik de eigen regie van de pgb-houder het belangrijkst vind. Dat is precies waarom wij het pgb in de Zorgverzekeringswet hebben opgenomen. Net als in de andere domei-

nen is de keuze voor een pgb aan de verzekerde, mits hij voldoet aan de voorwaarden. Maar het klopt dat de Zorgverzekeringswet een extra mogelijkheid kent. Je kunt namelijk al kiezen voor de restitutievariant.

Leidt bevoorschotting tot rechtsongelijkheid omdat geen enkele verzekerde een voorschot krijgt, noch bij zorg in natura, noch bij restitutie? Mevrouw Bruins Slot maakte de vergelijking met de ziekenhuizen, maar daar ligt het naar mijn smaak echt anders. Een van de redenen om destijds te discussiëren over de vraag hoe wij omgaan met het verstrekken van pgb's, was dat wij geen geld meer wilden storten op de eigen rekening van de budgethouders. Als je nu overgaat tot een pgb met een voorschot, draaien wij dat in feite terug. In mijn brief heb ik aangegeven dat ik daar niet voor ben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Maar dat betekent dus dat de staatssecretaris zegt dat bevoorschotting eigenlijk wel kan. Hij wil het niet, maar het kan wel.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Er zal inmiddels misschien verschillend over gedacht worden, maar wij hebben hier met een meerderheid besloten om af te zien van bevoorschotting, het beschikbaar stellen van contant geld op de rekening van de budgethouder. Als wij nu een voorschot gaan geven, dan doen wij dat eigenlijk weer wel. En daarom ben ik er niet voor.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
In de reactie op mijn amendement leek het alsof er een soort rechtsongelijkheid zou worden gecreëerd, maar de staatssecretaris zegt nu dat bevoorschotting wel kan, maar dat hij er niet voor is. Klopt mijn conclusie?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die conclusie klopt ook, maar de meerderheid van de Kamer was er niet voor toen wij over de pgb's spraken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik heb een vraag over hetzelfde punt. Hoe verhoudt het feit dat er geen bevoorschotting plaatsvindt zich tot de benodigde flexibiliteit en zorg op maat die wij met elkaar vragen? Sluiten die twee elkaar niet uit?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat denk ik niet. Het hoeft althans niet. De regelgeving in de Zorgverzekeringswet staat toe dat de zorg flexibel wordt ingezet. In sommige gevallen is dat heel wenselijk. De zorgvraag kan fluctueren. In de ene periode kan die anders zijn dan in de andere. Dat geldt ook voor de uitwisselbaarheid van zorgfuncties. Ik zie wel dat dat in de praktijk niet altijd goed gaat. Er worden geen goede afspraken over gemaakt. Met Zorgverzekeraars Nederland, Per Saldo en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland heb ik afgesproken om op basis van de voorbeelden uit de praktijk, met name bij intensieve kindzorg, te bekijken of wij de knelpunten kunnen oplossen. Die flexibiliteit en uitwisselbaarheid moeten natuurlijk gewoon mogelijk zijn. Daarover moet je gewoon afspraken kunnen maken als het pgb wordt toegekend. De afspraken over intensieve kindzorg zullen natuurlijk ook voor andere budgethouders effecten hebben. Ik ben het ermee eens dat die flexibiliteit er moet zijn. Die kan ook van tevoren worden afgesproken. Daar waar dat onvoldoende gebeurt, zal ik die met partijen aanjagen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik ben blij dat de staatssecretaris dit oppakt en de signalen uit het veld serieus neemt, nog voordat we in april de monitor krijgen. Ik denk dat het er zeer toe doet dat we nu naar de signalen uit de praktijk luisteren.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Mevrouw Bruins Slot heeft gesproken over de gewaarborgde hulp. Die is overigens in de bestuurlijke afspraken opgenomen. Er kunnen bepalingen zijn opgenomen over de vertegenwoordiging van de verzekerde. Mevrouw Bruins Slot verwees naar de Wet langdurige zorg. Daar is inderdaad voor het eerst gebruikgemaakt van het begrip "gewaarborgde hulp". Ook daar is het niet in de wet maar in de lagere regelgeving vastgelegd. Dat maakt het ietsje gemakkelijker om in te spelen op toekomstige ontwikkelingen, want het is nog niet helemaal uitgekristalliseerd aan welke condities gewaarborgde hulp moet voldoen en wanneer je voor gewaarborgde hulp in aanmerking komt. Daarom heb ik in mijn reactie op het amendement ook aangegeven dat ik voor het vastleggen van criteria op dit punt echt nog even de tijd wil nemen om heel goed met elkaar te bespreken wat wij onder "gewaarborgde hulp" verstaan, hulp die ook voor de budgethouder voldoende waarborgen biedt dat geen verkeerde keuzes worden gemaakt. Dat is ook de reden waarom ik het amendement heb ontraden; niet omdat het een slecht idee zou zijn, maar omdat we nog even tijd nodig hebben om aan te scherpen wat "gewaarborgde hulp" is en waaraan het moet voldoen.

De **voorzitter**:
Mevrouw Bruin Slot, is het antwoord niet duidelijk?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Volgens mij zegt de staatssecretaris iets wat ook in het amendement staat. Het amendement werkt namelijk met een AMvB, zodat die flexibiliteit voor elkaar gekregen kan worden. Hoe moet het amendement worden aangepast opdat die flexibiliteit helemaal helder is voor de staatssecretaris? Hij kan daar later ook op terugkomen, maar wij werken dus met een AMvB.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die mogelijkheid tot een AMvB zit al in de wet. Daar hebben we het net in een ander verband over gehad. Die zouden we ook kunnen benutten op het moment dat wij de criteria voor de gewaarborgde hulp wat scherper hebben. Dan kunnen we die AMvB gebruiken om dat nader te duiden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dan zou je alleen de gewaarborgde hulp expliciet als een toegangscriterium gaan benoemen, terwijl het eigenlijk iets is waarbij je kijkt of degene die verantwoordelijk is voor

een andere persoon ook de zorg kan verzorgen. Dat zou het weer tot een veel enger instrument maken en dat zou toch een verlies zijn.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die AMvB spreekt over voorwaarden voor toegang. Daarbij zou ook een bepaling kunnen worden opgenomen over de vertegenwoordiging van de verzekerde. Je zegt namelijk iets over de condities waaronder die verzekerde al dan niet recht krijgt. Onze analyse is dat je daarbij ook een bepaling kan opnemen over de vertegenwoordiging. Misschien is dat iets om in de tweede termijn te preciseren.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd naar de stand van zaken van het overleg over de uitvoering. Daar stelde zij haar vraag over alle betrokken partijen, zoals zorgverzekeraars, Per Saldo en de Sociale Verzekeringsbank. Ik neem een beetje aan dat zij ook vroeg naar de afhandeling van de declaraties en de ondersteuning die de Sociale Verzekeringsbank biedt bij de salarisadministratie van de budgethouders. Daar zijn nu goede afspraken over gemaakt. De dienstverlening wordt in 2016 gecontinueerd en overigens wordt ook weer met alle partijen gekeken of dat in 2017 verder verbeterd kan worden.

We hebben een discussie gehad over de WMG en de tarieven die in lijn zijn met de WMG. Er is een onderscheid tussen formele en informele zorg. Bij de formele zorg zijn de tarieven relevant die de Zorgautoriteit op grond van de WMG vaststelt. De vergoeding die verzekeraars bieden met een zorgverzekerings-pgb moet daaraan voldoen. Voor de informele zorg is een informeel tarief geïntroduceerd net als in de Wet langdurige zorg. Daar is een zekere differentiatie in aangebracht. Daar lopen nog onderzoeken in overleg met partijen om te kijken of nog verdere differentiatie moet plaatsvinden op grond van de onderzoeken. Dit moet worden uitgewerkt in de AMvB die we sowieso moeten maken ter verdere uitvoering van de wet.

Dan zeg ik nu nog specifiek iets over de problemen die gesignaleerd zijn rondom de intensieve zorg. Ik ben mij zeer bewust van het feit dat met name ouders van kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben, tegen ongelooflijk veel problemen aanlopen. Ik heb een aantal keren met deze ouders gesproken en elke keer weer ben ik onder de indruk van de problemen die zij dagelijks moeten overwinnen om ervoor te zorgen dat de zorg voor hun kind goed blijft of zo nodig wordt veranderd. Ik heb ook heel sterk ervaren dat wat wij ook met elkaar verzinnen, kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben, zo veel zorg en zorgmaatregelen vanuit verschillende domeinen nodig hebben dat het, wat je ook verzint, altijd een enorme zoektocht blijft. Ik probeer daarom altijd af te spreken dat wij deze ouders op een praktische manier gaan proberen te helpen met hun problemen met het onderwijs, de langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet of de afspraken met het ziekenhuis. Dat is in volle gang. We proberen dat met alle partijen te doen, maar wel in het besef dat ouders van kinderen met intensieve kindzorg, wat we ook met elkaar regelen, altijd tegen heel veel problemen zullen aanlopen. We gaan dus heel praktisch met hen aan de slag door te proberen knelpunten op te lossen. Verder luister ik heel goed naar de ouders van kinderen met intensieve kindzorg, want die hebben het al moeilijk genoeg.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Het is heel goed om van de staatssecretaris te horen dat het belangrijk is dat deze ouders zo min mogelijk praktische problemen ondervinden. Het gaat echter niet alleen om de ouders, maar ook om de transferverpleegkundigen. Die zeggen: het is soms heel onduidelijk waar de persoonlijke verzorging of de dagbesteding onder valt. Kan dat nou niet beter geregeld worden? Ik vraag dat ook, omdat we met elkaar toch wel weer heel veel schotten hebben opgetrokken.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die zijn er, maar soms is dat ook bijna onvermijdelijk want wat je moet regelen beslaat vaak heel veel verschillende domeinen. Ik leg me er echter niet bij neer en ik zal dan ook schotten opruimen als dat mogelijk en noodzakelijk is. Omdat je uit zo veel verschillende domeinen middelen nodig hebt en omdat de situatie van een kind per jaar, per maand en soms per dag kan verschillen, kan blijken dat wat je net hebt bedacht, toch weer anders moet. Ik ben zeer bereid om zo nodig zaken op te ruimen, maar ik zeg dat nadrukkelijk in het besef dat we vooral moeten proberen om ouders praktisch te ondersteunen als ze tegen een knelpunt aanlopen. Als ouders tegen een muur oplopen, moeten ze natuurlijk geholpen worden. Dat is hartstikke moeilijk, maar we gaan het wel doen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Dank u wel!

Binnenkort hebben we een algemeen overleg over de intensieve kindzorg. Ik zou de staatssecretaris willen vragen om het met het oog op dat overleg wat concreter te maken. Is hij verder bereid om ook te kijken naar de grens van 0 tot 5 jaar? Ik vraag dat, omdat die kinderen eerst onder de intensieve kindzorg vallen en daarna onder de Wlz, omdat de Wlz niet van toepassing is op kinderen van 0 tot 5. Is de staatssecretaris bereid om te kijken naar die verschillende schotten en de onduidelijkheden voor transferverpleegkundigen en ouders, en om ons voor het AO te informeren over wat hij ziet als oplossing? Dat kunnen praktische oplossingen zijn, maar ook het besef dat we een schot minder moeten hebben.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik wil graag proberen om dat te doen, ook ter voorbereiding op het debat. Misschien kan ik dan ook een ander punt meenemen. Er zijn ouders die een aantal dingen zelf willen doen, terwijl de intensievekindzorgorganisaties juist vinden dat het eigenlijk in een instelling moet worden gedaan. Dat spanningsveld speelt voortdurend en daarom moeten we nagaan hoe we kunnen waarborgen dat we wat ouders willen en kunnen zo goed mogelijk faciliteren en tegelijkertijd goed kunnen beoordelen wat wel of niet verantwoord is. Ik merk in vergaderingen elke keer weer dat deze spanning tot veel discussie leidt en dat mensen hier heel verschillend in zitten. Het zou mij een lief ding waard zijn om ook hier een stap te zetten. Ik breid mijn toezegging dus uit, want dit punt neem ik gelijk mee.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Mevrouw Bergkamp neemt mij de woorden uit de mond. Ik heb nog een kleine toevoeging. Ik heb de praktische suggestie gekregen voor de ondersteuning van ouders met kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben om te gaan werken met één aanspraak in de Zorgverzekeringswet. Ik begrijp dat dit een grote stap zou zijn, maar is de staatssecretaris bereid om in de toegezegde brief de voor- en nadelen daarvan op een rij te zetten? We kunnen dan in het algemeen overleg doorpraten over dit indringende appel van deze groep op ons.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Mevrouw Dik gaat nu wel héél ver in de uniformering, naar mijn indruk. Het klopt dat wij, als wij mensen zo praktisch mogelijk willen steunen, ook moeten bekijken hoe wij dat met andere partijen kunnen doen, met gemeenten als dat nodig is, met het onderwijsveld maar ook met zorgverzekeraars. Dat zullen wij daarbij dus zeker meenemen.

De **voorzitter**:
De staatssecretaris vervolgt zijn betoog. Nee, mevrouw Bruins Slot blijkt nog een interruptie te hebben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Er is toch een denktank intensieve kindzorg? Is dat een praktijkteam?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ja. Ik hoop dat dat een doetank wordt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Een praktijkteam dus. Welke concrete problemen heeft dat praktijkteam intensieve kindzorg opgelost?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die doetank is er nog maar net. Samen met de ouders van intensieve kindzorg zijn wij nu aan het inventariseren tegen welke knelpunten zij oplopen. Wat zijn daarbij dingen die te maken hebben met schotten, het punt van mevrouw Bergkamp, en wat zijn dingen waartegen je als ouder oploopt, en waarbij heel praktische mensen misschien nog een handje kunnen helpen? Het is dus zowel het opsporen van systeemvragen, om het maar even zo te zeggen, als het proberen om te helpen met het oplossen van praktische dingen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik weet dat mijn collega Mona Keijzer, evenals mevrouw Bergkamp en anderen in de Kamer, nu al dik een jaar debatteren over de intensieve kindzorg. Vorige week hebben wij met de staatssecretaris een debat gehad over palliatieve zorg. Daarin zei hij dat hij binnen een week een praktijkteam op poten zou hebben dat daadwerkelijk de problemen in de praktijk gaat oplossen en individueel mensen gaat helpen. Waarom gebeurt dat hierbij dan niet, terwijl deze problematiek even urgent is, en even schrijnend soms als die bij de palliatieve thuiszorg?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Het is niet zo dat wij vanaf nul beginnen, want ook door de ouders zelf van kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben, gebeurt ongelofelijk veel. Ik wijs erop dat mevrouw Hooglugt, als ambassadeur van de ouders van intensieve kindzorg, ook zeer intensief overleg heeft met kinderartsen evenals met verzekeraars om te kijken naar hoe het zit met de tarieven. Dus ook de ouders doen wat. Wij hebben alleen gezegd: laten wij elkaar goed op de hoogte houden, zodat wij weten welke vragen bij jullie spelen en kunnen bekijken waar wij kunnen helpen en waar wij niet kunnen helpen. Het is dus niet zo dat wij gaan beginnen. Dit proces is al aan de gang. Overigens zullen wij daarover volgens mij binnenkort een apart AO hebben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Die ouders zijn echt zulke ontzettende doorzetters! Mijn vraag is echter wat de staatssecretaris concreet gaat doen. Bij de palliatieve terminale thuiszorg is hij concreet bezig en kan hij het binnen week. Ik wil graag dat dat ook voor juist deze groep gebeurt: gewoon concrete problemen uit de weg helpen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Zoals ik zonet zei, zijn wij juist bezig om met de ouders te bekijken tegen welke problemen zij oplopen. Dat kunnen problemen zijn die wij kunnen oplossen omdat er iets in het beleid of de regels moet veranderen, maar wij willen vooral bekijken tegen welke praktische problemen zij oplopen waarbij wij misschien een handje kunnen helpen. De mensen zijn nu al bezig om dat met de ouders te bespreken.

De **voorzitter**:
De staatssecretaris vervolgt. Gaat hij ook naar een afronding?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik kom op de vragen van mevrouw Dik-Faber. Zij vroeg hoe het kan dat het beeld in de brief over de quickscan zo anders is dan het beeld dat de ChristenUnie heeft van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Nu moet ik natuurlijk een beetje gissen welk beeld mevrouw Dik heeft. Dat zal mede gevoed zijn door de berichten die zij krijgt. Bij de quickscan heb ik ook die kanttekening gemaakt. De Kamer heeft om een quickscan gevraagd. Ik heb gezegd dat wij die vragen zouden uitzetten bij de zorgverzekeraars. Zij hebben antwoord op de vragen gegeven, waaruit een beeld naar voren komt. Daarvan heb ik gezegd dat het een eenzijdig beeld en een eerste beeld is. De monitor over 2015 zal tot een nader inzicht moeten leiden. Deze uitvraag is gebaseerd op de verzekeraars en getoetst aan de vraag hoe zij aankijken tegen de uitvoering van de bestuurlijke afspraken. Daar komt dit beeld uit naar voren. Ik zeg niet dat dat het goede beeld is; daarvoor moeten wij de monitor afwachten.

Mevrouw Dik had ook een specifieke vraag over de term "desgevraagd" waarover wij bij de beoordeling van de amendementen hebben gesproken. In onze zienswijze wordt het Zvw-pgb "desgevraagd" toegekend. Dat betekent dat de verzekerde altijd kan vragen om een Zvw-pgb. Hij heeft er recht op om die te krijgen. De mogelijkheid daartoe is niet beperkt tot het moment waarop de zorgvraag van de

verzekerde verandert, want een pgb vragen kan bijvoorbeeld ook als je al enige tijd wijkverpleging hebt, maar wilt overstappen van zorg in natura naar een zorgverzekerings-pgb. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden over de mogelijkheid van een zorgverzekerings-pgb informeren. Dat is opgenomen in de polis. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt informatie over de zorgverzekering, inclusief het zorgverzekerings-pgb, voor consumenten openbaar gemaakt. Ik denk dus dat er veel informatie beschikbaar is. Er zal ook op toegezien worden.

Hoe worden verzekerden geïnformeerd over het recht op een gespecialiseerde cliëntondersteuner? Dat recht is geregeld in de Wmo. Verzekeraars hebben aangegeven dat ze de cliënten hierover actief gaan informeren. Ook cliëntorganisaties informeren hun verzekerden hierover. Daarnaast zal VWS in haar voorlichting de mogelijkheid van cliëntondersteuning extra belichten.

Over de bewustekeuzegesprekken en over de Zorgautoriteit hebben wij het al gehad.

Ik kom nu toe aan de vragen van mevrouw Voortman. Over haar grote punt of we het wetsvoorstel moeten optimaliseren op grond van de evaluatie en ervaring hebben we al uitgebreid met elkaar van gedachten gewisseld.

De **voorzitter**:
Zeker, maar mevrouw Dik wil nog interrumperen op een ander punt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Er zijn voor mij twee belangrijke vragen blijven liggen. Ik zal niet alle vragen langsgaan, maar deze twee wil ik nog benoemen: de bemiddelingsprocedure bij de SKGZ en bij de geschillencommissie. Ik heb begrepen dat de eerste ongeveer twee maanden duurt, wat iets kan uitlopen, en de tweede ongeveer zes maanden, met uitschieters tot negen maanden. Dat is niet de bedoeling. In hoeverre kunnen wij dit terugbrengen? Wat is reëel en wat is hier financieel voor nodig? Als we dit op papier zetten, moeten we weten waar we met elkaar naar toe gaan. Dat is voor mijn fractie van belang om uiteindelijk een oordeel over de wet te vellen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
In het debat hebben we ongeveer tien minuten geleden met elkaar gewisseld dat ik nog voor de stemmingen een brief aan de Kamer zal sturen waarin ik aangeef hoe het proces van de bezwaren en de ombudsman verloopt. Ik kan daarin meenemen op welke wijze en op welke plekken we denken dat we het proces kunnen versnellen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
En hoe het vervolgens betaald wordt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Als daar middelen voor nodig zijn, moeten we kijken of het echt nodig is. In dat geval moeten we de consequenties ervan aanvaarden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Mijn tweede punt gaat over het amendement dat ik samen met de heer Van Dijk heb ingediend om het woord "gemaximeerd" uit de begripsomschrijving te halen. De staatssecretaris heeft geantwoord dat dit niet kan, omdat er dan geen sprake meer is van een budget. Dat antwoord bevreemdt mij, omdat het woord "gemaximeerd" nergens in de andere definities voorkomt, niet in de Jeugdwet, niet in de Wmo en niet in de Wet langdurige zorg. Ineens wordt het woord geïntroduceerd bij de begripsomschrijving in de Zorgverzekeringswet. Wat mij betreft zou het woord "gemaximeerd" kunnen vervallen, want het is ook in andere wetten nooit opgenomen. We kunnen met elkaar afspreken dat er een passend, toereikend budget komt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat vloeit voort uit het specifieke karakter van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Het is namelijk een bijzondere vorm van restitutie. Het moet dus juist een budget zijn en daarom moet je een maximum kunnen afgeven, want anders zou het een restitutievariant zijn. In dat geval moet je het anders regelen. Als je een pgb in de Zorgverzekeringswet introduceert als een bijzondere vorm van restitutie, moet je regelen dat het echt een budget is. Dat is de redenering die wij hebben gehanteerd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dan moet je regelen dat er een budget is.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Nee, dat er een maximum is.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dan kunnen wij dat formuleren in het amendement. We willen natuurlijk wel dat er een budget beschikbaar is. Maar dan nog moet het een passend budget zijn. Het woord "gemaximeerd" zou vervangen kunnen worden door "passend". Dat zal de staatssecretaris toch met mij eens zijn?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat het passend moet zijn, is al geregeld in de Zorgverzekeringswet. In het amendement staat dat het woord "gemaximeerd" geschrapt moet worden. Daarvan zeg ik dat dit geen goed idee is, want dan schrap je het kenmerk van het pgb in de Zorgverzekeringswet, namelijk dat het, anders dan de restitutiepolis, een budget is.

De **voorzitter**:
De staatssecretaris vervolgt zijn betoog. Nee, de heer Van Dijk wil interrumperen. Er lag nog een estafettestokje op de grond, begrijp ik.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik was inderdaad mede-indiener van het amendement, maar er zijn meerdere amendementen waarin het gaat om de hoogte van het budget. Volgens mij zijn mevrouw Dik-Faber en ik pragmatisch genoeg. Als het schrappen van het woord "gemaximeerd" betekent dat er niets meer staat of dat het tot een probleem leidt, dan willen wij dat niet. Het gaat

immers niet om de tekst van de wet, maar om het probleem dat mensen tegenkomen dat er soms wel heel lage budgetten worden vastgesteld. Je hebt dan ook de facto geen pgb. Tenminste, je hebt het wel, maar je kunt er niks mee. Kan de staatssecretaris toelichten hoe hij dat probleem gaat tackelen? Daar heb ik ook vragen over gesteld. Hoe wordt zo'n budget vastgesteld?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Vindt de heer Van Dijk het goed als ik daarop terugkom in het antwoord op zijn vragen? Als het goed is, is hierin voorzien.

De vragen van mevrouw Voortman hebben voor een groot deel betrekking op de uitgebreide discussie die wij hebben gevoerd over wel of niet vooraf iets regelen. Zij heeft nog specifiek gevraagd hoe het zit met het informele tarief. Vorig jaar is de evaluatie van het informele tarief naar de Kamer gestuurd. Daaruit bleek een aantal knelpunten. Wij zijn nu in overleg met Zorgverzekeraars Nederland, Per Saldo en VWS om te bekijken hoe wij die aanbevelingen kunnen overnemen in de AMvB die wij nog moeten maken. Daarover hebben wij het gehad. Gezamenlijk hebben wij afgesproken om dat de komende weken en maanden te doen, zodat zo spoedig mogelijk duidelijkheid ontstaat over de situatie die wij voor ogen hebben. Daarop vooruitlopend hebben zorgverzekeraars besloten om het informele tarief ietwat op te hogen, maar wel met elkaar af te spreken hoe wij verder met dat onderzoek zullen omgaan. Dat zullen wij meenemen in de AMvB die de Kamer nog krijgt.

Mevrouw Voortman heeft ook gevraagd of de NZa de polissen en de dienstverlening toetst. De zorgautoriteit ziet toe op een rechtmatige uitvoering van de zorgplicht, ook op het gebied van de pgb's. Onderdeel daarvan is inderdaad de jaarlijkse voorafgaande toetsing van de modelpolissen, waarbij het gaat om de inhoud, omvang, kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg. Zoals ik in mijn brief heb aangegeven, zal ik de NZa vragen om bijzondere aandacht te besteden aan een aantal andere aspecten van de pgb's. Overigens zal ik de NZa ook vragen om te onderzoeken hoe de bestuurlijke afspraken in de polissen zijn opgenomen. Dan is er een nadere invulling van de zorgplicht. Daarmee wordt een extra toezichtborg gecreëerd. Ik zal de zorgautoriteit ook vragen om in 2016 te rapporteren over de signalen die zij van mensen heeft ontvangen over de toereikendheid van de vergoedingen en de stappen die zij op basis daarvan heeft gezet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik heb in mijn bijdrage ook aangegeven dat er voor mensen met een beperking vaak veel meer haken en ogen zitten aan het overstappen naar een andere verzekeraar. Ik heb de staatssecretaris gevraagd om in te gaan op de vraag hoe hij daarnaar kijkt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Bij het overstappen geldt een acceptatieplicht: een verzekeraar kan een nieuwe verzekerde niet weigeren. De problematiek zit in veel gevallen niet zozeer in het pakket of in de zorg die in de polissen zit, als wel in de aanvullende verzekeringen. Voor het pakket zelf geldt echter een acceptatieplicht. Verzekeraars mogen een verzekerde niet weigeren vanwege leeftijd, ziekte of andere zaken. Die acceptatieplicht geldt dus ook voor pgb-houders.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Maar mensen met een beperking, bijvoorbeeld mensen die een hulpmiddel hebben, houden er nu rekening mee dat zij hun hulpmiddel moeten inleveren als zij naar een andere zorgverzekeraar overstappen, en dat er dan weer een nieuw hulpmiddel moet worden georganiseerd. Dat zijn soms redenen om niet over te stappen. Hoe moet ik dat zien in het licht van de stelling van het kabinet dat wie het niet eens is met de manier waarop de zorgverzekeraar zijn pgb-aanvraag toetst, kan overstappen naar een andere zorgverzekeraar?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Aan overstappen kleven soms inderdaad andere aspecten, bijvoorbeeld het meenemen van hulpmiddelen. Overigens wordt er apart gesproken over de vraag of het heen en weer slepen van hulpmiddelen anders kan worden geregeld. Het overstappen kan dus nog altijd worden verbeterd, maar de belangrijkste waarborg die wij hebben, is dat er een acceptatieplicht is en dat je een verzekerde niet kunt weigeren op grond van een gebrek, de leeftijd of andere zaken. Er kunnen inderdaad ook heel praktische zaken spelen, bijvoorbeeld met hulpmiddelen, maar inmiddels zijn er tussen verzekeraars gesprekken gaande om dit voor verzekerden makkelijker te maken.

Ik kom nu toe aan de vraag van mevrouw Klever. De tarieven zijn niet direct in de wet opgenomen, omdat dat een AMvB-mogelijkheid is die kan worden gebruikt op het moment dat wordt geconstateerd dat dit nodig is. Het is gebruikelijk om dat in lagere regelgeving te doen. Dit heeft tot voordeel dat de regels kunnen worden aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Dit is overigens een principe dat bij alle andere regelgeving ook plaatsvindt.

Dan de vragen van mevrouw Bergkamp. De vraag over de quickscan heb ik al beantwoord in de beantwoording van de vragen van mevrouw Dik-Faber. Ditzelfde geldt voor de vraag over de SKGZ.

De definitie van de planbare zorg hebben we volgens mij voldoende besproken. Oh, ik zie dat mevrouw Bergkamp gebaart dat ze toch nog een antwoord wenst. De planbare zorg is inderdaad een van de inhoudelijke criteria voor het verkrijgen van het Zvw-pgb, zoals deze in de bestuurlijke afspraken is opgenomen. De afspraak is dat als een verzekerde een zorgvraag heeft en aan een of meer van de criteria voldoet, hij of zij in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb. Ik noem ze nog even: zorg nodig hebben op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen of locaties, onplanbare zorg nodig hebben — voor zover dat gezegd is: het is niet goed als mensen niet naar het toilet kunnen — 24 uursbeschikbaarheid of de noodzaak tot vaste zorgverleners. De onplanbare zorg is vooral slecht in te plannen omdat de zorg nodig is op verschillende tijdstippen, op korte momenten van de dag en op afroep. Laat ik duidelijk zijn, de voorbeelden die zijn genoemd over verstikkingsgevaar en toiletgang, zijn voorbeelden van onplanbare zorg.

Is er een apart model ontwikkeld voor de indicatiestelling binnen de Zorgverzekeringswet? Nee, dat is niet het geval.

De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige vindt plaats aan de hand van de richtlijnen die door het veld zijn opgesteld. Deze gaan uit van de trend van de afgelopen jaren, waarin steeds meer wordt gekeken naar wat mensen wel en niet kunnen. Bij het stellen van de indicatie kijkt de wijkverpleegkundige, meer dan voorheen het CIZ deed, hoe het met de mantelzorger zit en wat iemand zelf nog wel of niet kan. Het is uiteindelijk de wijkverpleegkundige die vaststelt hoeveel zorg iemand nodig heeft.

Er is een interessante vraag gesteld over het borgen van de kwaliteit van zorg met een pgb. Een cruciaal element bij het pgb en de budgethouder is dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg bij de budgethouder ligt. Dat is overigens in de Zorgverzekeringswet inderdaad niet anders dan in de andere domeinen. Dit betekent dat de zorgverzekeraars minder dan bij andere zorg kunnen sturen op kwaliteit en doelmatigheid. Het is wel zo dat zorgverzekeraars — ik weet niet of dit achter de vraag van mevrouw Bergkamp schuilgaat — een bijzondere verantwoordelijkheid hebben om in de gaten te houden of de door de budgethouder ingekochte zorg daadwerkelijk tot verantwoorde zorg leidt. Dat is een discussie die wij nog een paar keer met elkaar zullen voeren. Heel formeel zeg je aan de ene kant: hier is je budget en jij moet de zorg inkopen. Daarbij veronderstel je dat op de kwaliteit van de zorg wordt gelet. Aan de andere kant kunnen er zorgen zijn of dit wel goed gaat. Door de toets aan de voorkant kun je dat goed beheren en heb je de indruk dat het goed geregeld gaat worden. Hierover zullen nog enkele discussies gevoerd moeten worden.

Dat geldt ook voor de vraag of de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen op dezelfde manier gebeurt. De heer Van Dijk heeft die ook gesteld. De indicatiestelling gebeurt door de wijkverpleegkundigen. Je hebt recht op wijkverpleegkundige zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden. Zij doen dit aan de hand van het richtlijnenkader dat door het veld is opgesteld. Overigens wordt door de sector gewerkt aan nieuwe richtlijnen voor wijkverpleging. Ze zijn ondersteunend, omdat de afweging uiteindelijk altijd bij de wijkverpleegkundige ligt. Dat geldt ook voor de wijkverpleegkundige die bepaalt wat gebruikelijk zorg is of kan zijn. Zij wordt daarbij ondersteund door hetzelfde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Ik denk overigens dat ook op dit punt — hoe ga je om met gebruikelijke zorg? — nog wel discussie gevoerd zal moeten worden. V&VN is nadrukkelijk aan het kijken welke handvatten geboden kunnen worden om in kaart te brengen hoe je met gebruikelijke zorg zou moeten omgaan.

Hanteren zorgverzekeraars standaarden voor de kwaliteitseisen? Die zijn niet anders dan de standaarden voor de inkoop van zorg die de beroepsgroepen zelf opstellen, vaak samen met patiëntenorganisaties. Die standaarden kunnen worden gebruikt om te bepalen of de aanvrager voldoende kan overzien of de zorg toereikend is. Hoe kunnen zorgverzekeraars toch zien of er verantwoorde zorg wordt verleend? Dat kan onder andere door de standaarden van de beroepsgroepen zelf te hanteren.

Hoe gaan wij ervoor zorgen dat voor de budgethouder transparant is welke tarieven precies gelden? Zorgverzekeraars zijn verplicht om de door hen gehanteerde tarieven duidelijk in de polis op te nemen, waarbij de tarieven ook transparant moeten zijn.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik wil nog even terug naar de standaarden. Mijn vraag ging over de groep van ouders en mantelzorgers. Tegenwoordig wordt er ook een soort uitvoeringsverzoek gevraagd door de zorgverzekeraar, waaraan de mantelzorger of de ouder moet voldoen. Zijn daar dan standaarden voor? Het gaat met name om voorbehouden handelingen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dat ging ook over de machtiging die af en toe werd gevraagd. De formele lijn is dat voorbehouden handelingen alleen mogen worden verricht in lijn met de Wet BIG. Artsen en andere zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de opdrachten die zij en die anderen namens hen kunnen uitvoeren. De voorwaarde in de Wet BIG is dat die opdrachtnemer bekwaam is om de voorbehouden handelingen uit te voeren. De opdrachtnemer moet over voldoende kennis en ervaring beschikken door opleiding, door bij- en nascholing of vaardigheidstrainingen of door die handelingen meerdere malen onder toezicht te hebben uitgevoerd, zodat je tot een redelijk oordeel kunt komen. Zorgverzekeraars vragen in de regel dat zorgverleners die machtiging hebben van de verantwoordelijke arts. Dat is de borging die zij hanteren. Ik zal niet ontkennen dat er discussie kan ontstaan over de vraag of een zorgverlener zich voldoende veilig voelt om die machtiging af te geven, maar dat zal in de regel moeten gebeuren op grond van kennis en ervaring of geconstateerde vaardigheid als je het een aantal keren hebt gedaan.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Dat is eigenlijk afhankelijk van het ziekenhuis. Er zijn geen algemene standaarden voor. De staatssecretaris geeft aan dat het belangrijk is dat er een machtiging komt, bijvoorbeeld via de kinderarts. Ik merk dat het per ziekenhuis kan verschillen welke eisen worden gesteld.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Er zijn in die zin geen standaarden voor, anders dan dat de zorgverlener moet beoordelen of hij of zij bekwaam is. Uiteindelijk is dat een individueel oordeel van die zorgverlener. Ik herken dat daarover discussie plaatsvindt. Een ouder zegt bijvoorbeeld: ik ben er toch nog veel beter toe in staat, omdat ik mijn kind ken en ook precies weet wat hij of zij nodig heeft; ik ben toch bekwaam? Ik herken dat zeer. Dat moet vaak leiden tot een discussie tussen de ouder en de zorgverlener om dat onderlinge vertrouwen te krijgen.

Mevrouw Bergkamp signaleerde dat er erg veel regels zijn en vroeg of ik daaraan iets wil doen. Ja, dat staat ook hoog op mijn lijstje, zoals wij ook eerder hebben gewisseld. Wij zijn over de hele linie bezig, samen met de minister, te bekijken welke acties wij kunnen ondernemen om overbodige regelgeving te schrappen. Dat zullen wij ook op het gebied van de Zorgverzekeringswet zeker doen.

Ik kom bij de vraag over de voorwaarden waaraan de mantelzorger moet voldoen. Eigenlijk is het korte antwoord dat er geen formele eisen worden gesteld aan de zorgverleners, dus ook niet aan de mantelzorgers. Een belangrijk element van het pgb is dat de budgethouder zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geleverde zorg en dat het oordeel aan de budgethouder zelf is. Het is dus ook aan

de budgethouder om te bepalen of een zorgverlener voldoet aan de eisen die hij of zij stelt.

Onder anderen de heer Van der Staaij heeft gevraagd of palliatieve zorg ook met een pgb zal kunnen worden ingekocht. Palliatieve zorg kan ook worden ingekocht met een pgb. Dat hebben alle zorgverzekeraars in 2016 opgenomen in hun polis. Ik maak daar een persoonlijke kanttekening bij, namelijk dat ik denk dat het in die fase vooral van belang is dat er goede palliatieve zorg wordt geregeld en dat je niet ook nog eens een keer met allerlei administratieve lasten wordt geconfronteerd. Het is dus mogelijk. Ik hoop echter eigenlijk, bij uitstek bij dit punt, dat als je deze zorg nodig hebt, die gewoon goed wordt geregeld en dat je dat niet ook allemaal nog moet gaan uitzoeken. Maar misschien verschillen de meningen daarover ook.

De heer Van der Staaij heeft gevraagd om nog even te reflecteren op het amendement op stuk nr. 31, waarin staat dat het zorgverzekerings-pgb toereikend moet zijn. We hebben aangegeven dat de verzekerde met het pgb de zorg naar wens kan invullen, mits hij binnen de geldende kaders blijft. Dat betekent dat het pgb wordt verstrekt voor de zorg die de verzekerde nodig heeft. Dat impliceert ook — dat vloeit voort uit de zorgplicht — dat de vergoeding in de vorm van het zorgverzekerings-pgb passend moet zijn. Daar kom ik straks nog even op terug naar aanleiding van een vraag van de heer Van Dijk. Dat is geregeld in het Besluit zorgverzekering. Er moet rekening worden gehouden met de gangbare tarieven. Wat dat betreft is er dus geen verschil met de gewone restitutie. We hebben geoordeeld dat als we nu zeggen dat het passend moet zijn en moet voldoen aan de zorgplicht, het introduceren van weer een andere term ook weer vragen oproept. Onze stelling is dat er door de passendheidsnorm die in de Zorgverzekeringswet zit geen verschil is met de gewone restitutie, wat ook al vastgelegd is in het Besluit zorgverzekering. Dat achten wij een voldoende waarborg.

Dan kom ik op de vragen van de heer Van Dijk. Ik probeer even te selecteren op de vragen die in het algemene debat al zijn beantwoord. Op de vragen over de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige heb ik al geantwoord in reactie op vragen van mevrouw Bergkamp.

Hoe zorgen we ervoor dat een cliënt weet wat zijn rechten zijn en welke maatregelen willen we daarvoor nemen? Daar kan ik een paar dingen over zeggen. De rechten van de cliënt staan ook gewoon in polis. Ik kan me echter voorstellen dat je niet altijd die polis op je nachtkastje hebt liggen. Zorgverzekeraars hebben in het voorjaar van 2015 een plan gelanceerd waarin zij zelf hebben aangekondigd de polissen transparanter te zullen maken. Daar kan nog wel het nodige aan gebeuren. Daarnaast hebben we de cliëntondersteuning. Het is dus geregeld in de polissen. Het gaat er vooral om dat de zorgverzekeraars daar transparant en klantvriendelijk voorlichting over geven, zodat iedereen weet wat er allemaal in die polissen staat.

Een vraag was — die heb ik al een beetje geraakt — wat we eraan doen dat kinderverpleegkundigen nauwelijks nog indiceren voor pgb, mogelijk omdat kinderartsen meekijken. Ouders moeten altijd een mogelijkheid hebben om te kiezen voor een pgb. In het gesprek dat ik met de ouders van IKZ-kinderen heb gehad, begreep ik dat ouders die keuze niet krijgen of in elk geval het gevoel hebben dat zij die keuze niet voldoende krijgen. Om die reden ben ik ook in gesprek met V&VN, de kinderverpleegkundigen en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde om zo veel mogelijk te borgen dat ouders die keuze altijd voorgelegd krijgen. Door de sector wordt ook het Medisch Kindzorg Systeem geïmplementeerd. Daar hebben we al eerder over gesproken. Daarin heeft de keuze tussen zorg in natura en pgb een prominente plaats gekregen. Mevrouw Bergkamp had net ook een punt, namelijk dat intensieve kindzorg plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de kinderarts. Daarmee zal dus afstemming moeten plaatsvinden en dat zijn we nu aan het uitwerken. De discussie die plaatsvindt gaat over wat je nu overgeeft, wanneer je nu zegt: ik vind het prima, ik heb gezien dat het verantwoorde zorg is. Dat is een discussie die echt tussen de ouders en de kinderartsen moet plaatsvinden.

Over gemaximeerd en passend hebben we het gehad.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Het gaat er natuurlijk om wat mensen uiteindelijk aan budget krijgen, of het nu toereikend of passend is. Ik heb het voorbeeld gegeven van intensieve kindzorg waarbij een professioneel uurtarief €77 is, maar mensen met een pgb maximaal €53 krijgen, of het voorbeeld van verzorging die €47 kost, maar waar mensen €27 aan pgb krijgen. Hoe zorgen we er nu voor dat mensen uiteindelijk een budget krijgen dat zo hoog is dat ze daar ook echt wat mee kunnen? Waar staat dat en waar is dat op gebaseerd?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Je moet eigenlijk terug naar de vraag hoe dat passende budget tot stand komt. Om te beginnen wordt zo'n pgb verstrekt voor de zorg die de verzekerde nodig heeft. In het Besluit zorgverzekeringen staat dat die vergoeding passend moet zijn — dat is de term die in dat besluit wordt gehanteerd — waarbij je rekening houdt met de gangbare tarieven. In de praktijk wordt zo'n pgb-tarief dus afgeleid van wat er bij zorg in natura en bij restitutie al plaatsvindt. Daar kunnen afslagen op plaatsvinden. Zo zal in het zorg-innaturatarief ook een kapitaallastencomponent zitten of een overheadcomponent of anderedingencomponent. In de regel zie je dat dat wordt afgeleid van het tarief dat zorgverzekeraars in de andere zorgvormen hanteren. Daar leiden ze dus een pgb-tarief uit af, maar het moet zodanig zijn dat het voldoet aan het Besluit zorgverkeringen. Het moet dus een passende vergoeding zijn, zodat je de zorg kunt inkopen. De zorgverzekeraar moet ook via die weg aan zijn zorgplicht kunnen voldoen. Dat leidt soms tot discussies over de vraag of het wel hoog genoeg is. Dat zie je in de praktijk natuurlijk wel af en toe gebeuren.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Als een budget niet hoog genoeg is om daar zorg van in te kunnen kopen, professionele zorg in dit geval — verpleging, verzorging of intensieve kindzorg — voldoet de zorgverzekeraar dus niet aan zijn zorgplicht?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Het moet passend zijn. Je moet dus de zorg kunnen inkopen waar je recht op hebt. Als de vergoeding zo laag zou zijn dat je daarmee geen passende zorg kunt inkopen, heb je

onmiddellijk een discussie met je zorgverzekeraar over de zorgplicht. De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat je de zorg krijgt waar je volgens de zorgverzekeraar recht op hebt. Dat kun je met verschillende zorgvormen doen. Daar zijn voor een deel verschillende tarieven voor, die verschillend opgebouwd kunnen zijn, maar die in de regel natuurlijk van elkaar afgeleid zullen zijn.

We hebben we al vaak over de AMvB gesproken. Ik wijs erop dat als we in zijn algemeenheid vinden dat dit niet goed gaat, een minimale of maximale vergoeding kan worden geregeld in de AMvB. Het is in ieder geval de bedoeling dat het informele tarief voor niet-professionele zorgaanbieders in die AMvB wordt vastgelegd, zodat dat ook voor iedere zorgverzekeraar duidelijk is.

Er werd nog specifiek gevraagd naar de knelpunten bij het informele tarief. Het onderzoek naar het informele tarief is afgerond. Ik heb het afgelopen najaar naar de Kamer gestuurd. Ik ga daar niet weer nader onderzoek naar doen, maar ik heb afgesproken met ZN en Per Saldo dat wij gezamenlijk gaan bekijken op welke wijze de aanbevelingen kunnen worden opgenomen in de AMvB, die nog moet worden gemaakt. Zorgverzekeraars hebben vooruitlopend daarop het tarief gedifferentieerd en wat verhoogd, maar het is de bedoeling om dat vast te leggen in die AMvB, die de Kamer nog krijgt.

De heer van Dijk vroeg wat ik zou kunnen doen aan de dikke zorgplannen, die de zorgverzekeraars vragen. Ik heb nog niet heel erg het signaal gekregen dat dat onder de Zorgverzekeringswet een veel zwaardere last is dan toen het nog onder de AWBZ zat, maar dat wil niet zeggen dat dat in geen enkel geval het geval is. In de vernieuwingsagenda die mede op aanstichten van de heer Van Dijk tot stand wordt gebracht, is het verminderen van administratieve lasten een heel belangrijk punt. Dat moeten wij ook hier niet laten. Ik zal bekijken of wij de administratieve lasten ook hiervan verder kunnen verminderen. Het moet natuurlijk niet leiden tot heel dikke zorgplannen waarin wij alleen maar papier verplaatsen. Dat ben ik zeer met de heer Van Dijk eens.

De heer **Potters** (VVD):
Excuus. Ik had iets eerder naar voren moeten lopen, want ik wil nog heel even terug naar het vorige punt. De staatssecretaris probeerde in een interruptiedebatje met de heer Van Dijk uit te leggen hoe het precies zit met "passend" en dat maximumtarief. Ik hecht eraan om dat wat duidelijker te krijgen, want volgens mij is een maximumtarief ook bedoeld om het gewoon beheersbaar te maken, ook in het kader van de Zorgverzekeringswet. Dat is ook bedoeld om enigszins een plafond te stellen aan de uitgaven. Is dat ook de bedoeling van die tariefstelling? Ik begin het verschil tussen passend en maximum wat warrig te vinden in de hele discussie.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik zal proberen dat punt nog te verduidelijken. Er zijn maximumtarieven van de zorgautoriteit. Daarvoor vinden onderhandelingen en nadere gesprekken plaats en dan wordt doelmatig ingekocht. Die rol vinden wij allemaal belangrijk. Dat leidt tot een bepaalde tariefhoogte. Vervolgens worden de pgb-tarieven in de regel afgeleid van de tarieven die ook in andere sectoren worden afgesproken. Zo geven de zorgverzekeraars het doelmatig inkopen vorm. Ze zeggen niet: er zijn maximumtarieven, dus die gaan wij allemaal hanteren. Maar ze bekijken hoe er doelmatig kan worden ingekocht en of ze daaronder kunnen komen. Vervolgens proberen ze dat te vertalen naar alle zorgvormen die ze verlenen, onder de conditie, die geldt voor alle zorgvormen, dat het een passend tarief moet zijn zodat ze de zorgplicht kunnen nakomen. Die toets zit er altijd op.

De heer **Potters** (VVD):
Die redenatie kan ik volgen; het hoeft niet per se het maximumtarief te zijn. Maar dat wij maximumtarief stellen is ook belangrijk omdat wij een en ander willen kunnen beheersen. "Passend" lijkt mij geen cheque om ongebreideld geld uit te kunnen geven.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Nee, die zijn er niet voor niets. Overigens doet de zorgautoriteit elk jaar onderzoek met de vraag of je met de maximumtarieven passende zorg kunt inkopen. Die onderzoeken herhaalt de zorgautoriteit periodiek.

Er lag nog een specifieke vraag over de vijfminutendeclaraties. Vlak na de start van het Zvw-pgb bleek dat zorgverzekeraars vijfminutendeclaraties hanteerden. Daar zijn ook Kamervragen over gesteld. Op basis van die signalen hebben de zorgverzekeraars die werkwijze begin 2015 aangepast. Toen hebben ze aangesloten bij de werkwijze in de AWBZ. Ik ben dus erg benieuwd of er signalen zijn dat het nog steeds plaatsvindt. Wel kun je afspraken maken in termen van budget of uren. Dan zal er gevraagd worden hoeveel uur zorg er verleend is, maar de werkwijze van de vijfminutendeclaraties is, als het goed is, aangepast.

Er werd gevraagd of de combinatie met zorg in natura mogelijk was. Die combinatiemogelijkheid is inderdaad gewenst. Dat betekent dat de keuzevrijheid voor de verzekerde inderdaad groter is. Volgens de Zorgverzekeringswet kan dat nu al. Er is afgesproken met Zorgverzekeraars Nederland dat die combinatiemogelijkheid zorg in natura/pgb in de polissen voor 2016 wordt opgenomen. Dat is dus inderdaad mogelijk.

De **voorzitter**:
Ik kijk een beetje naar de klok. Ik meen dat de staatssecretaris de heer Potters nog moet beantwoorden.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik heb nog een vraag over de minutenregistratie. Ik hoor toch wel signalen dat het werken met maandbedragen ingewikkeld is. Kan de staatssecretaris daar nog op reageren?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Dan zou ik even precies moeten weten wat dan ingewikkeld is, want het is natuurlijk een beetje afhankelijk van de manier waarop je declaraties indient. Ik denk dat de afspraak kan zijn om die elke maand in te dienen. Ik probeer dus even ...

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Dat het toch versleuteld moet worden naar tijdseenheden; vijf of tien minuten of misschien een kwartier, maar niet dat je met vaste maandbedragen kunt werken.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ik zeg graag toe dat nog even na te gaan.

Dan antwoord ik ten slotte de heer Potters. Ik denk dat we het debat over wel of niet aan de voorkant iets regelen uitgebreid met elkaar hebben gevoerd. De heer Potters vroeg nog specifiek of de toepassing van het macrobeheersingsinstrument ertoe kan leiden dat er terugbetaling door pgb-houders plaatsvindt. De budgethouder is geen zorgaanbieder in de zin van de WMG. Dat betekent dat de WMG dus niet van toepassing is op budgethouders en dat het mbi dus niet kan worden toegepast op de budgethouders. De door de budgethouder ingekochte zorgaanbieders kunnen wel onder de WMG vallen en daarmee ook onder het mbi, waarbij het gaat om zzp'ers en reguliere zorginstellingen. Mantelzorgers die zorg als privépersoon verlenen, rechtstreeks voortvloeiend uit de bestaande sociale relatie — ik begin nu heel erg te definiëren — vallen dus niet onder de definitie van de WMG en vallen dus ook niet onder het mbi.

De **voorzitter**:
Mbi staat voor "macrobeheersingsinstrument".

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Laten we het zo maar doen, voorzitter. Ik wil er overigens op wijzen — zoals ik in andere debatten ook heb gezegd — dat het feit dat er een mbi is, nog niks zegt over wanneer en in welke mate het wordt toegepast. We zullen eerst moeten bekijken of er een overschrijding van het kader is en wat daarvan de oorzaken zijn. Op basis daarvan komen we dan te spreken over de vraag of het mbi al dan niet moet worden toegepast. De vraag van de heer Potters ging erover of de budgethouder moet terugbetalen en het antwoord daarop is nee.

De **voorzitter**:
Ik kijk rond of er nog interrupties zijn, want ik wil er natuurlijk niet van worden beschuldigd dat ik die te weinig zou hebben toegestaan. Ik stel vast dat die er niet zijn.

Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de staatssecretaris. Ik dank hem voor zijn beantwoording. Het lijkt mij, maar ik kijk even naar de leden, van wie ik enkelen al heb zien gapen en ogen heb zien uitwrijven, dat wij de tweede termijn op een ander moment moeten inplannen, mede gelet op de toegezegde brief voor de tweede termijn. Ik stel vast dat de leden daarmee akkoord gaan.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.